Deutscher Bundestag
11. Wahlperiode

Drucksache 11/3480

24. 11. 88

Sachgebiet 82

Bericht*)

des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß)

zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
— Drucksache 11/2237 —

Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz — GRG)

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
— Drucksache 11/2493 —

Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz — GRG)

zu dem Antrag der Abgeordneten Dreßler, Fuchs (Köln), Egert, Haack (Extertal), Heyenn, Jaunich, Andres, Becker-Inglau, Dr. Dobberthien, Gilges, Hasenfratz, Dr. Hauchler, Ibrügger, Kirschner, Peter (Kassel), Reimann, Schanz, Schmidt (Salzgitter), Schreiner, Seuster, Steinhauer, Urbaniak, Weiler, von der Wiesche, Dr. Vogel und der Fraktion der SPD
— Drucksache 11/2500 —

Reform des Gesundheitswesens

zu dem Gesetzentwurf des Bundesrates
— Drucksache 11/280 —

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Reichsversicherungsordnung (RVO)

zu dem Gesetzentwurf des Bundesrates
— Drucksache 11/1623 —

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

*) *Die Beschlußempfehlung liegt als Drucksache 11/3320 vor.*

Bericht der Abgeordneten Dr. Becker (Frankfurt), Kirschner, Dr. Thomae und Frau Wilms-Kegel

Inhaltsübersicht

A. Allgemeiner Teil

I. Zum Beratungsverfahren

1. Gesetzentwürfe der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sowie der Bundesregierung — Drucksachen 11/2237, 11/2493 —

Der von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP am 3. Mai 1988 eingebrachte Gesetzentwurf zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz — GRG) — Drucksache 11/2237 — wurde in der 78. Sitzung des Deutschen Bundestages am 6. Mai 1988 in erster Lesung beraten und federführend dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung und zur Mitberatung dem Innenausschuß, dem Rechtsausschuß, dem Finanzausschuß, dem Ausschuß für Wirtschaft, dem Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, dem Ausschuß für Bildung und Wissenschaft und dem Haushaltsausschuß — zugleich gemäß § 96 GO — überwiesen.

Der Verteidigungsausschuß hat sich gutachtlich geäußert.

In seiner 85. Sitzung am 16. Juni 1988 hat der Deutsche Bundestag den gleichlautenden Gesetzentwurf der Bundesregierung — Drucksache 11/2493 — denselben Ausschüssen überwiesen.

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat in seiner 31. Sitzung am 18. Mai 1988 die Beratung mit der Einführung in den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP aufgenommen. Dabei hat der Bundesarbeitsminister in seiner Eigenschaft als Mitglied des Bundestages und gemäß § 69 Abs. 4 GO in die Grundzüge eingeführt und die politischen Zielsetzungen des Gesetzentwurfs dargestellt. Wegen der inhaltlichen Identität beider Gesetzentwürfe wurden die Beamten des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung gebeten, im Auftrag der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP die Einzelbestimmungen des Gesetzentwurfs zu erläutern. Im Hinblick auf die Bedeutung für die weiteren Beratungen beschloß der Ausschuß, von den Einführungssitzungen stenographische Protokolle anfertigen zu lassen.

Der Ausschuß hat am 18. Mai 1988 Beschluß über die Durchführung öffentlicher Anhörungen von Verbänden, Institutionen und Sachverständigen gefaßt. Sie fanden am Donnerstag, dem 16. Juni 1988 (36. Sitzung), in der Sondersitzung am Montag, dem 20. Juni 1988 (37. Sitzung), am Mittwoch, dem 22. Juni 1988 (38. und 39. Sitzung), in der Sondersitzung am Freitag, dem 24. Juni 1988 (40. Sitzung), sowie in den Sondersitzungen am Dienstag, dem 28. Juni 1988 (41. und 42. Sitzung), statt. Ein Antrag der Fraktion der SPD, mit den Anhörungen ohne zeitlichen Druck im Juni 1988 zu beginnen und nach der Sommerpause jeweils an den regulären Sitzungstagen, also mittwochs in einer Sitzungswoche, bis hin zur Woche vom 10. bis 14. Oktober 1988 fortzusetzen, wurde mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die Einführung wurde in der aufgrund einstimmigen Beschlusses des Ausschusses beantragten Sondersitzung am Donnerstag, dem 9. Juni 1988 (34. Sitzung), und der Sitzung am Dienstag, dem 14. Juni 1988 (35. Sitzung) fortgesetzt. Sie konnte jedoch vor dem Beginn der öffentlichen Anhörungen von Sachverständigen am 16. Juni 1988 nicht abgeschlossen werden. Daher beantragten die Fraktionen der CDU/CSU und FDP am 22. Juni 1988 gegen den Protest der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN beim Präsidenten des Deutschen Bundestages die Genehmigung, an folgenden Montagen in Sitzungswochen Sondersitzungen durchzuführen: 19. und 26. September, 10. und 24. Oktober sowie 7. November 1988. Dies sei erforderlich, um die Beratung des Gesetzentwurfs rechtzeitig im Jahre 1988 im Ausschuß abzuschließen, die zweite und dritte Beratung im Deutschen Bundestag am 10. bzw. am 11. November 1988 durchführen und so bei Wahrung der Rechte des Bundesrates den Gesetzentwurf, wie beabsichtigt, zum 1. Januar 1989 in Kraft treten zu lassen.

In der Sondersitzung am Montag, dem 19. September 1988 (44. Sitzung), am Mittwoch, dem 21. September 1988, vormittags (45. Sitzung), und in der Sondersitzung am Montag, dem 26. September 1988 (47. Sitzung), setzte der Ausschuß die Einführung in den Gesetzentwurf fort.

Nachdem die Einführung auch Ende September 1988 nicht abgeschlossen werden konnte, die Fraktionen der CDU/CSU und FDP am 7. Oktober 1988 einen Teil ihrer Änderungsanträge vorgelegt und für den 14. Oktober 1988 den zweiten Teil von insgesamt ca. 200 Änderungsanträgen angekündigt hatten, wandte sich der Ausschußvorsitzende am 7. Oktober 1988 in einem Schreiben an den Bundestagspräsidenten mit der Bitte, sich für eine ordnungsgemäße Beratung des Gesetzentwurfs zu verwenden.

In der 51. Sitzung am Montagnachmittag, dem 10. Oktober 1988, informierten die Berichterstatter der Arbeitsgruppen der am 4. Juni 1987 auf Antrag der Fraktion der SPD eingesetzten Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" über den Beratungsstand in der Kommission.

Die Fraktionen der CDU/CSU und FDP beantragten am 12. Oktober 1988 weitere Sondersitzungen für den 27. und 28. Oktober, den 2., 3. und 4. November 1988. Gegen diesen Antrag wandten sich die Fraktion der SPD und die Fraktion DIE GRÜNEN. Die Fraktion der SPD trug vor, sie habe im Vertrauen auf eine parlamentssitzungsfreie Zeit für den 4. November 1988 ihre Bundeskonferenz zur Aufstellung der Europawahlliste einberufen. Gleichzeitig wies sie — ebenso wie der Vorsitzende der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" — darauf hin, daß für den 27., 28. und 31. Oktober 1988 die abschließenden Sitzungen der Enquete-Kommission vorgesehen seien, um dem Präsidenten auftragsgemäß und noch vor Abschluß des Gesetzgebungsverfahrens zum GRG den Kommissionsbericht übergeben zu können.

In der Sondersitzung am Abend des 24. Oktober 1988 (55. Sitzung), im Anschluß an die öffentliche Anhörung von Sachverständigen zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes

und zur Förderung eines gleitenden Übergangs älterer Arbeitnehmer in den Ruhestand — Drucksache 11/2990 —, setzte der Ausschuß die Einführung in den Gesetzentwurf fort, die er in seiner 56. Sitzung am Mittwoch, dem 26. Oktober 1988, um 16.28 Uhr abschließen konnte.

Am 19. Oktober 1988 gab der Präsident in einer Teilgenehmigung zunächst dem Antrag auf Sondersitzungen am 2. und 3. November 1988 statt. Mit Rücksicht auf die in die parlamentsfreie Zeit gelegte Bundeskonferenz der SPD zur Aufstellung der Liste zur Europawahl lehnte er den Antrag, eine weitere Sondersitzung am 4. November 1988 durchzuführen, ab. Einem weiteren Antrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP vom 25. Oktober 1988 auf die Genehmigung von Sondersitzungen am 27., 28., 29. und 31. Oktober 1988 gab der Präsident am 26. Oktober 1988 mit Ausnahme des 31. Oktober 1988 statt.

Aufgrund von Gesprächen, die der Präsident des Deutschen Bundestages mit den Geschäftsführern der Fraktionen am 27. Oktober und mit dem Ausschußvorsitzenden, den Fraktionsgeschäftsführern und den Obleuten im Ausschuß am Morgen des 28. Oktober 1988 führte, verständigten sich die Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP im Laufe des 28. Oktober 1988 auf eine veränderte Terminplanung. Sie sah vor, den Termin der zweiten und dritten Beratung im Deutschen Bundestag auf den Freitag in der Woche der Haushaltsberatung, den 25. November 1988, zu verschieben und die Beratungen des Gesundheits-Reformgesetzes bis zum 14. November 1988 in weiteren Sondersitzungen im Ausschuß abzuschließen. Weitere Gesetzentwürfe sollten bis zum 30. November 1988 abschließend im Ausschuß behandelt werden. Dementsprechend beriet der Ausschuß unter Verzicht auf die genehmigte Sondersitzung am Samstag, dem 29. Oktober 1988, in den Sondersitzungen am Mittwoch, dem 2. November, Donnerstag, dem 3. November, und Montag, dem 7. November 1988, die Änderungsanträge der Fraktionen und nahm die abschließende Beratung des Gesetzentwurfs am Mittwoch, dem 9. November 1988, im Laufe des Tages auf. Er schloß die Beratungen des Gesundheits-Reformgesetzes nach weiteren Sondersitzungen am Donnerstag, dem 10., und am Freitag, dem 11. November 1988, in seiner Sondersitzung am Montag, dem 14. November 1988, ab.

2. *Antrag der Fraktion der SPD*
   Reform des Gesundheitswesens
   — Drucksache 11/2500 —

In seiner 87. Sitzung am 23. Juni 1988 hat der Deutsche Bundestag den Antrag federführend dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung und zur Mitberatung dem Innenausschuß, dem Rechtsausschuß, dem Finanzausschuß, dem Ausschuß für Wirtschaft, dem Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit sowie dem Haushaltsausschuß überwiesen.

In der Sondersitzung am 19. September 1988 (44. Sitzung) fanden im Ausschuß die Einführung und eine kurze Beratung statt. Die Vorlage wurde in den weiteren Sitzungen zum Gesundheits-Reformgesetz in die Beratungen mit einbezogen.

3. *Gesetzentwurf des Bundesrates*
   Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Reichsversicherungsordnung (RVO)
   — Drucksache 11/280 —

Der Gesetzentwurf des Bundesrates, der bereits in der 10. Wahlperiode eingebracht, aber bis zum Ablauf der Wahlperiode nicht abschließend behandelt worden war, wurde in der 78. Sitzung des Deutschen Bundestages am 6. Mai 1988 in erster Lesung beraten, dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung federführend sowie dem Innenausschuß und dem Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit zur Mitberatung überwiesen.

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat in seiner Sitzung am 22. Juni 1988 beschlossen, den Gesetzentwurf in die Anhörungen zum Gesundheits-Reformgesetz mit einzubeziehen. In der Sondersitzung am 19. September 1988 (44. Sitzung) erfolgte die Einführung. Dabei nahm der Ausschuß die Mitteilung der Ministerin für Arbeit und Gesundheit, Familie und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg, von dem die Initiative ausgegangen war, zur Kenntnis, daß man bei Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes das Anliegen des Gesetzentwurfs für erledigt ansehe.

4. *Gesetzentwurf des Bundesrates*
   Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)
   — Drucksache 11/1623 —

Der Gesetzentwurf wurde ebenfalls in der 78. Sitzung des Deutschen Bundestages am 6. Mai 1988 gemeinsam mit dem Gesundheits-Reformgesetz in erster Lesung beraten, dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung federführend und dem Innenausschuß sowie dem Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit zur Mitberatung überwiesen. In seiner Sitzung am 22. Juni 1988 hat der Ausschuß beschlossen, auch diesen Gesetzentwurf in die Anhörungen zum Gesundheits-Reformgesetz mit einzubeziehen; in seiner Sondersitzung am 19. September 1988 (44. Sitzung) hat er die Beratungen aufgenommen. In seiner Sondersitzung am 26. September 1988 (47. Sitzung), an der auf den ausdrücklichen Wunsch des Ausschusses hin der Beauftrage des Bundesrates teilnahm, hat der Ausschuß vorbehaltlich der Voten der mitberatenden Ausschüsse einstimmig die Ablehnung des Gesetzentwurfs beschlossen. Aufgrund der Stellungnahme des Ausschusses für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit vom 28. September 1988 nahm der Ausschuß in seiner 53. Sitzung am 12. Oktober 1988 die Beratungen erneut auf, beschloß ebenfalls einstimmig, dem Deutschen Bundestag eine Entschließung vorzuschlagen, wie sie vom Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit angeregt worden war, und schloß damit die Beratungen zu diesem Gesetzentwurf ab. Am 14. Oktober 1988 bat der Obmann der Fraktion der CDU/CSU, die Beratungen des

Gesetzentwurfs wiederaufzunehmen, da sich die Beratungssituation verändert habe. In der 56. Sitzung am 26. Oktober 1988 erklärten die Vertreter der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, man beabsichtige, im Zusammenhang mit den weiteren Änderungsanträgen zum Gesundheits-Reformgesetz eine Regelung vorzusehen, die dem Anliegen des Bundesrates entspreche. Daher erledige sich der Gesetzentwurf des Bundesrates bei Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

1. *Gesetzentwürfe der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sowie der Bundesregierung*
— Drucksachen 11/2237, 11/2493 —

a) Allgemeines

Mit den von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP und von der Bundesregierung eingebrachten, gleichlautenden Gesetzentwürfen soll eine umfassende Strukturreform im Gesundheitswesen eingeleitet werden. Diese erste Reform der 100 Jahre alten gesetzlichen Krankenversicherung soll die Voraussetzungen dafür schaffen, die seit Jahren ansteigenden Beitragssätze zu senken und dauerhaft zu stabilisieren. Der Gesetzentwurf geht davon aus, daß weitere Beitragssatzsteigerungen wirtschafts- und sozialpolitisch nicht vertretbar sind. Das Ziel der Beitragssatzstabilität wird zugleich auch als gesundheitspolitisch vertretbar angesehen, wenn es gelingt, im Gesundheitswesen effizienter zu wirtschaften und Überversorgungen abzubauen.

Nach dem Gesetzentwurf ist die Strukturreform im Gesundheitswesen an folgenden Zielvorstellungen ausgerichtet:

- Die Solidarität der sozialen Krankenversicherung wird neu bestimmt.
- Die Eigenverantwortung der Versicherten wird gestärkt.
- Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wird verbessert.
- Die Strukturen der Krankenversicherung werden durch einen Einstieg in die Organisationsreform modernisiert.
- Das Recht der Krankenversicherung wird durch eine Neu-Kodifikation für die Bürger verständlicher gemacht.

Der Gesetzentwurf geht davon aus, daß die vorgesehenen Regelungen zu Einsparungen bzw. Mehreinnahmen im Jahre 1989 von rd. 7,6 Mrd. DM, im Jahre 1990 von rd. 11,2 Mrd. DM, im Jahre 1991 von rd. 12,1 Mrd. DM und im Jahre 1992 (wenn alle Maßnahmen voll wirksam geworden sind) von rd. 14,1 Mrd. DM führen werden. Die Einsparungen sollen etwa zur Hälfte für neue Leistungen in der Gesundheitsvorsorge und bei der häuslichen Pflege verwendet werden, zum anderen sollen sie Spielraum für Beitragssatzsenkungen schaffen. Die Mehrausgaben werden für 1989 mit 1,2 Mrd. DM, für 1990 mit 1,8 Mrd. DM, für 1991 mit 5,6 Mrd. DM und für 1992 mit 7,9 Mrd. DM geschätzt; der Spielraum für Beitragssatzsenkungen wird für 1989 mit 6,4 Mrd. DM, für 1990 mit 9,4 Mrd. DM, für 1991 mit 6,5 Mrd. DM und für 1992 mit 6,2 Mrd. DM geschätzt. Für die Gebietskörperschaften werden die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen im finanziellen Ergebnis weitgehend neutral sein.

b) Schwerpunkte des Gesetzentwurfes

Folgende Neuregelungen stehen im Mittelpunkt des Gesetzentwurfes:

aa) Im Recht des versicherten Personenkreises:

- Künftig sind auch Arbeiter/innen, deren Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert.
- Studenten/innen sind im Regelfall nur noch bis zum 14. Fachsemester, längstens bis zum 30. Lebensjahr, versicherungspflichtig. Schüler/innen des 2. Bildungsweges werden in die Versicherungspflicht einbezogen.
- Die Versicherungspflicht bestimmter Gruppen von Selbständigen (Heimgewerbetreibende, selbständige Lehrer/innen und Erzieher/innen, freiberuflich tätige Hebammen und Krankenschwestern) entfällt.
- Bei der Versicherungspflicht der Rentner/innen wird künftig darauf abgestellt, ob in der zweiten Erwerbshälfte der/die Versicherte zu neun Zehnteln in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war.
- Die Voraussetzungen für die freiwillige Versicherung nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht werden enger gefaßt.
- Das originäre Beitrittsrecht für Rentner/innen, Beamte/innen und selbständige Gewerbetreibende entfällt.
- An die Stelle der Familienhilfe tritt eine eigene Versicherung der Familienangehörigen von Kassenmitgliedern.

bb) Im Leistungsrecht der Krankenkassen:

- Das Sachleistungsprinzip wird festgeschrieben. Kostenerstattung ist nur in den ausdrücklich geregelten Ausnahmen zulässig. Für Dienstordnungsangestellte wird Teilkostenerstattung zugelassen.
- Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen werden eingeführt.
- Eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung insbesondere von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen und der Zuckerkrankheit wird eingeführt.
- Bei kieferorthopädischer Behandlung wird Kostenerstattung eingeführt: Die Indikationen, bei denen die Krankenkassen leisten, werden

eingeschränkt: Bei Abbruch der Behandlung fällt eine Selbstbeteiligung an.

- Bei Zahnersatz wird Kostenerstattung eingeführt. Die Zuzahlung beim Zahnersatz wird erhöht, ein Bonus bei regelmäßiger Zahnvorsorge wird eingeführt.

- Verschiedene Leistungen der Krankenkasse werden auf Festbeträge begrenzt. Sofern Festbeträge festgesetzt sind, entfällt die Zuzahlung. Wo Festbeträge nicht festgesetzt werden, wird die Zuzahlung bei Arzneimitteln von 2 auf 3 DM, bei Heilmitteln auf 4 DM je Anwendung erhöht. Die Zuzahlung bei der Verordnung von Sehhilfen entfällt. Heil- und Hilfsmittel von geringem Wert und unwirtschaftliche Arzneimittel sollen ausgeschlossen werden.

- Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden verbessert.

- Die Krankenhausbehandlung wird gegenüber medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen deutlicher abgegrenzt.

- Das Wiederaufleben des Krankengeldes nach Ablauf der dreijährigen Blockfrist wird eingeschränkt.

- Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit für Versicherte, die in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt werden, werden neu eingeführt: Ab 1. Januar 1989 besteht ein Anspruch auf die Übernahme der Kosten der Pflege bis zu vier Wochen je Kalenderjahr im erforderlichen Umfang, wenn die Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen zeitweise verhindert ist. Ab 1. Januar 1991 besteht ein Anspruch auf bis zu 25 Pflegeeinsätze im Kalendermonat. Die Krankenkasse kann auf Antrag des schwerpflegebedürftigen Versicherten anstelle der Sachleistung eine Geldleistung von 400 DM im Monat gewähren, wenn der Schwerpflegebedürftige die Pflege durch eine Pflegeperson selbst sicherstellen kann.

- Das Sterbegeld fällt künftig weg; eine Übergangsregelung für die Jahrgänge 1938 und älter ist vorgesehen.

- Der Entbindungskostenpauschbetrag von 100 DM fällt weg. Das bislang je nach Satzung unterschiedlich hohe einmalige Mutterschaftsgeld wird als Entbindungsgeld in gleicher Höhe von 150 DM an alle Versicherten, die keinen Anspruch auf laufendes Mutterschaftsgeld haben, gezahlt.

- Die Übernahme von Fahrkosten wird neu geregelt und gegenüber dem geltenden Recht begrenzt.

- Eine abschließende gesetzliche Härtefallregelung wird eingeführt. Sie legt die Voraussetzungen für eine vollständige bzw. teilweise Befreiung von bestimmten Zuzahlungen fest.

- Für die Selbstverwaltung der Krankenkassen werden Möglichkeiten geschaffen, durch Satzungsregelung neue Leistungen und Verfahren in einem Fünfjahreszeitraum zu erproben.

- Unterschiede im Leistungsrecht zwischen den bisherigen RVO-Krankenkassen und den Ersatzkassen werden beseitigt.

cc) Im Vertragsrecht zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern:

- Krankenkassen und Leistungserbringer haben in den Vergütungsvereinbarungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten.

- Als Zulassungsvoraussetzung für Kassenärzte wird unter Berücksichtigung des Arztes im Praktikum die Vorbereitungszeit auf ein Jahr verkürzt.

- Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden konkretisiert. Eine Stichprobenprüfung wird neu eingeführt.

- Beteiligung und Ermächtigung von Ärzten zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung werden zusammengefaßt.

- Ärzte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, erhalten im Regelfall keine Kassenzulassung oder Ermächtigung mehr.

- Die Landesverbände der Krankenkassen erhalten ein Kündigungsrecht gegenüber nicht bedarfsgerechten, nicht leistungsfähigen oder nicht wirtschaftlichen Krankenhäusern; die Kündigung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde.

- Eine generelle Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung der Krankenhäuser auf Verlangen der Krankenkassen wird eingeführt.

- Für Krankenhäuser wird ein System der Versorgungsverträge eingeführt; entsprechendes gilt für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

- Das System zweiseitiger Rahmenverträge zwischen Krankenkassenverbänden und Vereinigungen der Krankenhausträger wird weiterentwickelt.

- Das System der dreiseitigen Rahmenverträge zwischen Krankenkassenverbänden, Vereinigungen der Krankenhausträger und Kassenärztlichen Vereinigungen wird weiterentwickelt. Die Vertragspartner werden verpflichtet, Regelungen zur Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus zu treffen.

- Sozialpädiatrische Zentren werden zur Frühdiagnostik und Behandlung möglicher Behinderungen bei Kindern zugelassen.

— In Großgeräteausschüssen werden Bedarf und Standort medizinisch-technischer Großgeräte künftig von den Beteiligten abgestimmt.

— Es werden Regelungen zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung geschaffen.

dd) Das Recht der Organisation der Krankenkassen wird weitgehend systematisiert und lesbarer gemacht.

— Die Ersatzkassen werden in den Kreis der gesetzlichen Krankenkassen einbezogen.

— Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen wird die Möglichkeit eingeräumt, sich auch über Landesgrenzen hinweg zu vereinigen.

— Bei erheblichen Beitragssatzunterschieden können Orts- oder Innungskrankenkassen auf Antrag einer notleidenden Krankenkasse durch die zuständige Aufsichtsbehörde unter bestimmten Voraussetzungen mit anderen Orts- bzw. Innungskrankenkassen im Bundesland vereinigt werden.

— Unterschiede im Mitgliedschaftsrecht zwischen den bisherigen RVO-Krankenkassen und den Ersatzkassen werden abgebaut.

ee) Das Recht der Verbände der Krankenkassen wird insbesondere mit den folgenden Neuregelungen systematisiert:

— Die Aufgaben der Bundesverbände werden entsprechend der zwischenzeitlichen Entwicklung erweitert.

— Die Beschlußfassung in Fällen, in denen die Spitzenverbände gemeinsam und einheitlich zu entscheiden haben, wird geregelt.

ff) Bei den Vorschriften zur Finanzierung der Krankenversicherung stehen — neben einer Systematisierung, die zur besseren Lesbarkeit führen soll — folgende Neuregelungen im Mittelpunkt:

— Unterschiede im Beitragsrecht zwischen den bisherigen RVO-Krankenkassen und den Ersatzkassen werden beseitigt.

— Der Mindestbeitrag für freiwillige Mitglieder wird erhöht.

— Der Beitragsanteil des Arbeitgebers soll auch bei in Ersatzkassen pflichtversicherten Arbeitnehmern grundsätzlich 50 v.H. des zu zahlenden Beitrages betragen.

— Bei Überschreiten bestimmter Beitragssatzunterschiede ist innerhalb eines Landesverbandes ein Finanzausgleich zwischen den beteiligten Krankenkassen durch die Satzung des Verbandes vorzusehen. Möglichkeiten für Finanzausgleiche auf Bundesebene innerhalb einer Kassenart werden geschaffen.

— Im Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner wird ein Eigenanteil der einzelnen Krankenkasse an den Leistungsaufwendungen für Rentner eingeführt.

gg) Der bisherige Vertrauensärztliche Dienst wird zu einem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weiterentwickelt:

— Die Zuständigkeit der Landesversicherungsanstalten für den Vertrauensärztlichen Dienst wird aufgehoben; in jedem Land wird eine von allen Kassenarten gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung" errichtet.

— Die — bisher vom Vertrauensärztlichen Dienst wahrgenommenen — Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden konkretisiert und dem zunehmenden medizinischen Beratungsbedarf der Krankenkassen angepaßt.

hh) Regelungen zur Verbesserung der Transparenz über Kosten und Leistungen und zur Sicherung des Datenschutzes in der Krankenversicherung werden geschaffen; der bisherige Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung wird gesetzlich abgesichert. Von den Krankenkassen sind hierbei zusätzlich zu den im geltenden Recht von ihnen erfaßten Leistungen folgende Abrechnungsdaten zu erfassen:

— die von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Datenträgern übermittelten Abrechnungsdaten für die Stichprobenprüfungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen,

— bei Überweisungen die von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Datenträgern übermittelten Kennzeichen der beteiligten Ärzte sowie die je Behandlungsfall abgerechneten Leistungen der auf Überweisung tätig gewordenen Ärzte,

— die Arzneimittelverordnungen und

— die Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln, soweit sie nicht bereits nach geltendem Recht aufzuzeichnen sind, wie z. B. die Heil- und Hilfsmittel, deren Kosten einen bestimmten Betrag übersteigen.

2. *Antrag der Fraktion der SPD Reform des Gesundheitswesens* — Drucksache 11/2500 —

Die Fraktion der SPD formuliert in ihrem Antrag als Eckpunkte einer Reform des Gesundheitswesens das Solidaritäts- und das Sachleistungsprinzip. Sie geht davon aus, daß Überkapazitäten und Fehlentwicklungen, die Beseitigung von Versorgungsdefiziten, Anreize zu mehr Wirtschaftlichkeit und eine verbesserte Transparenz sowie der Abbau von Verwerfungen zwischen einzelnen Kassenarten eine Strukturreform dringend erforderlich machen.

Voraussetzung einer inhaltlichen und finanziellen Steuerung des Gesundheitswesens ist nach Auffassung der Fraktion der SPD die Orientierung an ge-

sundheitspolitischen und finanziellen Zielvorgaben. Basis dieser Zielvorgaben soll eine bundesweite Gesundheitsberichterstattung sein.

Instrument zur Umsetzung und Konkretisierung der Zielvorgaben ist eine regionale Gesundheitskonferenz, die den Sicherstellungsauftrag für die gesundheitliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger von den Bundesländern und Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übernimmt. Auf der Basis einer regionalen Bedarfsplanung sollen Honorar- und Pflegesatzverhandlungen zwischen regionalisierten Krankenhausverbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen geführt werden (Einkaufsmodell).

In der kassen(zahn)ärztlichen Versorgung will die Fraktion der SPD die Einzelleistungsvergütung durch diagnosebezogene Fallpauschalen oder andere pauschalierte Honorarformen ersetzen. In der stationären Versorgung sollen degressive und gestufte Pflegesätze oder diagnosebezogene Fallpauschalen erprobt werden.

Über die Preise für die Versorgung mit Arzneimitteln soll zwischen Krankenkassen und der Pharmaindustrie auf Bundesebene verhandelt werden, nachdem ein unabhängiges Arzneimittelinstitut eine Liste geeigneter Arzneien unter Berücksichtigung verschiedener Therapierichtungen aufgestellt hat. Diese Positivliste soll die unter therapeutischen Gesichtspunkten ausgewählten, verordnungsfähigen Arzneimittel mit ausgehandelten Preisvereinbarungen umfassen. Am einheitlichen Apothekenabgabepreis mit administrativ fixierter Handelsspanne werde hierbei festgehalten.

Die Fraktion der SPD sieht durch inhaltliche und finanzielle Zielvorgaben, durch die Etablierung eines dezentralen Steuerungsinstruments und durch gleichberechtigte Preis-, Honorar- und Pflegesatzverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassenverbänden Transparenz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gesichert.

Unter Berücksichtigung des Solidaritätsprinzips fordert die Fraktion der SPD bei einer Organisationsreform den Wegfall der Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Anhebung der Jahresarbeitsverdienstgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Sie lehnt Wahltarife, Kosten- und Beitragsrückerstattung sowie sonstige Tarif- und Leistungsdifferenzierungen ab.

Das gegliederte System kann nach Ansicht der Fraktion der SPD erhalten bleiben, wenn

— Wahlfreiheit für alle Versicherten bei gleichzeitigem Kontrahierungszwang der Kassen garantiert ist,

— die rechtliche Gleichstellung von Arbeiterinnen und Arbeitern und Angestellten erfolgt,

— Satzungsmehrleistungen entfallen,

— auf Sonderrechte für Kassenarten verzichtet wird,

— Kassen sich zum Teil zu größeren Einheiten zusammenschließen,

— Selbstverwaltungsgremien eingerichtet und gestärkt werden,

— ein bundesweiter Finanzausgleich kassenartenintern durchgeführt wird.

3. *Gesetzentwurf des Bundesrates*
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Reichsversicherungsordnung (RVO)
— Drucksache 11/280 —

Der Gesetzentwurf geht davon aus, daß die Neuregelung der Vergütung der Leistungen der poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen durch Artikel 2 Nr. 5 des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes vom 22. Dezember 1981 die Erwartungen nicht erfüllt hat. Die Auslegung des § 368 n Abs. 1 Satz 2 RVO sei bundesweit strittig. Der Gesetzentwurf beschränkt sich nicht auf eine Regelung für die sogenannten RVO-Kassen bei seinem Bestreben, gesetzlich klarzustellen, daß die Einzelleistungen der poliklinischen Einrichtungen nach den für Kassenärzte geltenden Regelungen zu vergüten sind. Er sieht auch eine entsprechende Regelung für den Ersatzkassenbereich vor (§ 525 c Abs. 2 b neu RVO).

4. *Gesetzentwurf des Bundesrates*
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)
— Drucksache 11/1623 —

Der Gesetzentwurf sieht die Streichung von § 17 Abs. 4 a Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vor. Damit soll die Finanzierung des theoretischen Teils der Ausbildung des Pflegepersonals in Krankenhäusern auf Dauer durch Einbeziehung in die Berechnung der Pflegesätze der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen werden.

Die bis Ende 1988 noch bestehende Regelung, die Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung über die Pflegesätze zu finanzieren, hatte seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972 Übergangscharakter. Dies kommt dadurch zum Ausdruck, daß der Gesetzgeber diese Regelung mit Beginn der Krankenhausfinanzierung durch die öffentliche Hand befristet hat. Mit dem Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) wurde diese Finanzierungsaufgabe mit der Absicht einer dauerhaften Lösung den Bundesländern ab 1. Januar 1989 endgültig mit ihrer Zustimmung übertragen. Diese Zustimmung haben die Länder bei Verabschiedung des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes vom 20. Dezember 1984 erneuert.

III. Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung zum Gesundheits-Reformgesetz

1. Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat teilt die Auffassung der Bundesregierung, daß eine Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung dringend notwendig sei. Eine Strukturreform im Gesundheitswesen müsse sich an den demographischen Bedingungen, den Entwicklungen in der Medizin und an der vorgegebenen grundsätzlichen Zuständigkeit der Länder für die Gesundheitspolitik orientieren. Sie solle auf eine Beseitigung der heute bestehenden Verwerfungen in der Organisationsstruktur, die wirksame Bekämpfung der großen Volkskrankheiten und auf dauerhaft stabile Beitragssätze zielen.

In diesem Zusammenhang begrüßt der Bundesrat

- die Betonung der Verbindung von Solidarität und Eigenverantwortung,
- den Einstieg in die Sicherung von Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit,
- die Festigung des hohen Niveaus der gesundheitlichen Versorgung,
- die Sicherung der Teilhabe am zukünftigen medizinischen Fortschritt und
- die Stärkung der Prävention.

Als ein wesentliches Element des Gesundheits-Reformgesetzes betrachtet der Bundesrat die Einführung der Festbeträge. Er bittet jedoch die Bundesregierung zu prüfen, ob negative Konsequenzen für die Forschungsfähigkeit, die internationale Wettbewerbsfähigkeit und damit langfristig für die Arbeitsplätze in der pharmazeutischen Industrie bestünden.

Bedenken des Bundesrates richten sich in der Hauptsache gegen die Regelungen im Bereich der stationären Versorgung und die unzureichende Berücksichtigung einer Regionalisierung des Gesundheitswesens im vorliegenden Entwurf.

Dringlichen Handlungsbedarf sieht der Bundesrat in einer Organisationsreform der gegliederten Krankenversicherung. Er weist darauf hin, daß eine solche Reform am Prinzip der Regionalisierung anknüpfen müsse.

2. Gegenäußerung der Bundesregierung

Die Bundesregierung betont, daß für die Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung Bund und Länder gemeinsam Verantwortung trügen. Sie weist darauf hin, daß zur Stabilisierung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung der Krankenhausbereich schon wegen seiner finanziellen Größenordnung und der dort nach wie vor zu verzeichnenden überproportionalen Ausgabenzuwächse nicht ausgenommen werden könne. Daher bedauert es die Bundesregierung, daß der Bundesrat dem Gesetzentwurf für die im stationären Bereich vorgesehenen Maßnahmen weitgehend nicht gefolgt sei. Die Bundesregierung weist darauf hin, daß eine fast vollständige Herausnahme des Krankenhausbereichs aus der Reform die Frage nach der ausgewogenen Verteilung der Lasten aufwerfe. Darüber hinaus sei es dringend erforderlich, die den Ländern unstreitig zustehende Planungskompetenz einerseits und die Finanzierungsverantwortung der Krankenkassen andererseits besser in Einklang zu bringen.

Die Bundesregierung stimmt dem Bundesrat zu, daß eine Organisationsreform der gegliederten gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund der Verwerfungen dringend geboten sei. In zentralen Fragen wie z. B. der Regionalisierung, der Struktur- und Risikoausgleiche, der Ausgestaltung eines sinnvollen Wettbewerbs zwischen den Kassenarten, der vollständigen oder eingeschränkten Kassenwahlfreiheit der Versicherten sei die Diskussion noch nicht zu Ende geführt. Die Bundesregierung werde daher die Organisationsreform in einem zweiten Reformschritt angehen. In Fortführung der Gesundheitsreform werde die Bundesregierung einen weiteren Gesetzentwurf vorlegen, der neben der Neuregelung des Organisationsrechts der Krankenkassen eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung und den Abbau der Überkapazitäten im Gesundheitswesen zum Inhalt haben werde.

3. Wesentliche Änderungswünsche des Bundesrates

a) Im Leistungsrecht:

- Festbeträge bei Arzneimitteln.

  Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, die Realisierbarkeit und die Auswirkungen der Gruppen 2 und 3 (vgl. § 35 Abs. 1 Nr. 2 und 3) zu prüfen.

  Die Bundesregierung hat Prüfung zugesagt.

- Zuzahlung bei Arzneimitteln.

  Der Bundesrat schlägt vor, bei Arzneimitteln, für die keine Festbeträge eingeführt sind, erst ab 1993 eine prozentuale Zuzahlung (anstelle der 3 DM) vorzusehen.

  Die Bundesregierung hat den Vorschlag abgelehnt.

- Zuzahlung bei Heilmitteln bei Kuren.

  Der Bundesrat schlägt vor, bei in ambulanten Kuren erbrachten Heilmitteln die Zuzahlung — sofern keine Festbeträge festgesetzt sind — wie bisher je Verordnungsserie zu erheben und nicht (wie im Entwurf) je Mittel.

  Die Bundesregierung hat den Vorschlag abgelehnt, da sie eine einheitliche Behandlung aller Heilmittel für notwendig hält.

- Geldleistung bei Pflege.

  Der Bundesrat schlägt vor, die Voraussetzungen, unter denen bei Schwerpflegebedürftig-

keit anstelle der Sachleistung eine Geldleistung gewährt werden kann, zu lockern.

Die Bundesregierung hat die Prüfung zugesagt.

— Fahrkosten, Rettungsdienste.

Der Bundesrat schlägt vor, Notfälle von einer Zuzahlung zu befreien, auch Fahrten zur teilstationären Behandlung in die Leistungspflicht der Kasse einzubeziehen und die Möglichkeiten zur Begrenzung der Leistung der Krankenkasse bei Krankentransporten auf Festbeträge einzuschränken.

Die Bundesregierung hat Prüfung zugesagt.

— Psychiatrie.

Der Bundesrat schlägt einzelne Leistungsverbesserungen für psychisch Kranke vor und bittet die Bundesregierung, weitere mögliche Maßnahmen zu prüfen.

Die Bundesregierung hat Prüfung zugesagt, zugleich aber auf den begrenzten Finanzierungsspielraum hingewiesen.

— Teilkostentarif für Beamte.

Der Bundesrat fordert für Beamte (wie für Dienstordnungsangestellte vorgesehen) die Möglichkeit beihilfekonformer Teilkostentarife in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Bundesregierung hat den Vorschlag abgelehnt.

b) Im Vertragsrecht:

— Regionalisierung im Vertragswesen.

Der Bundesrat schlägt eine Regionalisierung des Vertragswesens vor: Wo möglich, soll die Landesebene anstelle der Bundesebene tätig werden. Auch sollen die Ersatzkassen auf Landesebene stärker einbezogen werden.

Die Bundesregierung hat Prüfung zugesagt.

— Einbeziehung der Ersatzkassen in die Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Der Bundesrat schlägt eine eindeutige Einbeziehung der Ersatzkassen in die Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vor.

Die Bundesregierung hat Prüfung zugesagt.

c) Im Bereich der stationären Versorgung:

— Preisvergleichsliste für Krankenhäuser.

Der Bundesrat fordert, das vorgesehene Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte zu streichen.

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab.

— Versorgungsverträge und Kündigung bei Plankrankenhäusern.

Der Bundesrat lehnt die Einführung von Versorgungsverträgen mit Plankrankenhäusern und die Möglichkeit der Krankenkassen, diese mit Zustimmung der Länder zu kündigen, ab.

Die Bundesregierung hält am Regierungsentwurf fest.

— Einbeziehung der Landesverbände der Krankenkassen in die Pflegesatzvereinbarungen.

Der Bundesrat fordert, das vorgesehene Zustimmungsrecht der Landesverbände zu den Pflegesatzvereinbarungen zu streichen.

Die Bundesregierung hält am Regierungsentwurf fest.

— Empfehlungen der Konzertierten Aktion und Selbstkostendeckungsprinzip.

Der Bundesrat fordert eine ergänzende Vorschrift, daß durch Empfehlungen der Konzertierten Aktion das Selbstkostendeckungsprinzip bei den Krankenhäusern nicht berührt wird.

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, da der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch für das Krankenhaus gelten muß.

d) Im Organisationsrecht:

— Schwellenwert bei Vereinigung von Krankenkassen auf Antrag.

Der Bundesrat schlägt vor, die Voraussetzungen, unter denen das Land auf Antrag einer Kasse eine Vereinigung mit anderen Kassen vornehmen kann, zu vereinfachen, indem die notwendige Abweichung im Bedarfssatz der Kasse vom durchschnittlichen Bedarfssatz im Land („Schwellenwert") von 12,5 v.H. auf 10 v.H. herabgesetzt wird.

Die Bundesregierung hat dem Vorschlag widersprochen.

— Schwellenwert bei Finanzausgleich auf Landesebene.

Der Bundesrat schlägt vor, den Schwellenwert der Abweichung des Bedarfssatzes einer Kasse vom durchschnittlichen Bedarfssatz im Land, ab dem auf Antrag der Kasse ein Finanzausgleich obligatorisch ist, von 10 v.H. auf 5 v.H. herabzusetzen.

Die Bundesregierung hat dem Vorschlag nicht zugestimmt.

— AOK-Landesverband Südwest.

Der Bundesrat schlägt vor, daß länderübergreifende Landesverbände nur bestehen bleiben sollen, wenn beide Länder zustimmen.

Die Bundesregierung hat den Vorschlag des Bundesrates abgelehnt.

e) Im Bereich der Transparenz:

— Der Bundesrat schlägt in mehreren Anträgen zahlreiche Änderungen im Transparenzbereich vor, die u. a. auf eine wesentlich umfangreichere Lieferung von Daten der Leistungserbrin-

ger an die Krankenkassen auf maschinell verwertbaren Datenträgern abzielen.

Die Bundesregierung hat größtenteils Prüfung zugesagt.

IV. Anhörungen, Stellungnahmen

Die am 18. Mai 1988 vom Ausschuß beschlossenen Anhörungen sind nach folgendem Zeitplan durchgeführt worden:

Donnerstag, 16. Juni 1988:	— Grundsatzfragen
Montag, 20. Juni 1988:	— Kostenerstattung/ Sachleistung — Selbstbeteiligung — Festbetragsmodell — Härtefallregelung/ Überforderungsklausel — Fahrkosten — Sterbegeld
Mittwoch, 22. Juni 1988 vormittags:	— Krankenhaus
Mittwoch, 22. Juni 1988 nachmittags:	— Pflege
Freitag, 24. Juni 1988:	— Prävention — Prophylaxe — Früherkennung — Bäderwesen
Dienstag, 28. Juni 1988 vormittags:	— Organisationsreform
Dienstag, 28. Juni 1988 nachmittags:	— Wirtschaftlichkeit — Transparenz — Datenerfassung/ -schutz — Medizinischer Dienst

Der Themenbereich „Sterbegeld" konnte in der Anhörung am Montag, dem 20. Juni 1988, aus Zeitgründen nicht mehr behandelt werden und mußte daher am Dienstag, dem 28. Juni 1988, im Anschluß an die Nachmittagssitzung aufgegriffen werden.

Insgesamt waren 75 Verbände und 40 Einzelsachverständige eingeladen worden. Zahlreiche Wünsche von weiteren Verbänden, ebenfalls gehört zu werden, mußte der Ausschuß aus Zeitgründen, und um das Anhörverfahren noch überschaubar zu halten, ablehnen.

Die schriftlichen und mündlichen Beiträge der Teilnehmer an den öffentlichen Informationssitzungen sind in die Beratungen des Ausschusses mit einbezogen worden. Auf die stenographischen Protokolle der Anhörungen sowie auf die als Ausschußdrucksachen verteilten 179 Stellungnahmen der Verbände, der Einzelsachverständigen und Auskunftspersonen wird Bezug genommen.

Auch nach dem Abschluß der Anhörungen gingen zahlreiche Stellungnahmen ein, teils von Verbänden, die nicht gehört worden waren, teils ergänzende Stellungnahmen von eingeladenen Verbänden sowie solche von Einzelpersonen. Zahlreiche Verbände legten jeweils dann, wenn sich im Verlauf der Erörterungen innerhalb oder außerhalb des formalen Gesetzgebungsverfahrens Änderungen abzeichneten oder andeuteten, weitere Stellungnahmen vor. Insgesamt lagen dem Ausschuß bis zum 14. November 1988 320 Stellungnahmen vor, die als Ausschußdrucksachen verteilt wurden.

In Einzel- und Massenpetitionen wandten sich 2 149 Bürger gegen den Gesetzentwurf, teils gegen den Entwurf im ganzen, teils gegen Einzelregelungen. Von verschiedener Seite wurden Unterschriftensammlungen organisiert. Unter anderem wandten sich mehr als 10 000 Arbeitnehmer/innen aus Betrieben in Rheinland-Pfalz in einer von der IG Chemie-Papier-Keramik Bezirk Rheinland-Pfalz organisierten Unterschriftensammlung gegen den Gesetzentwurf.

In der 56. Sitzung am Mittwoch, dem 26. Oktober 1988, nach Abschluß der Einführung in den Gesetzentwurf, beantragten die Fraktion der SPD und die Fraktion DIE GRÜNEN, weitere Anhörungen durchzuführen, weil die am 7. und 14. Oktober 1988 vorgelegten umfangreichen Änderungsanträge den Gesetzentwurf in wesentlichen Punkten verändern würden.

Gegenstand der weiteren Anhörungen sollten nach dem Willen der Fraktion der SPD folgende Punkte sein:

— Auswirkungen auf Rechtssystematik und Rechtslage durch die Entscheidung, die Abschnitte (komplexe) „Leistungen bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation" sowie „Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft" aus Artikel 1 des Gesetzentwurfs herauszunehmen und sie in der RVO und im KVLG zu belassen,

— Veränderung im Bereich der Leistungen bei Zahnersatz,

— Auswirkungen der Einführung von finanziellen Obergrenzen bei der Gewährung von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.

Die Fraktion DIE GRÜNEN nannte folgende Themen für weitere Anhörungen:

— strukturelle Auswirkungen der von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP angekündigten weiteren Sparmaßnahmen in Höhe von 1 Mrd. DM,

— Neuregelungen im Datenschutz,

— Veränderung der Vorschriften über Sterbegeld,

— Veränderung der Regelungen über Festbeträge (§ 35 SGB V), insbesondere Verlängerung des Patentschutzes,

— Neuregelung der Ermächtigung an den Verordnungsgeber, unwirtschaftliche Arzneimittel von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen.

Der Ausschuß lehnte diese Anträge unter Hinweis auf die bereits im Juni 1988 stattgefundenen Anhörungen mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN ab, weil neue Sachfragen durch die Änderungsanträge nicht aufgeworfen worden seien. Die Anträge hätten sich vielmehr im Rahmen des Gesetzentwurfes und der Anhörungen gehalten.

V. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

1. *Zu den Gesetzentwürfen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sowie der Bundesregierung* — Drucksachen 11/2237, 11/2493 —

a) Innenausschuß

Der Innenausschuß empfahl in seiner Stellungnahme vom 26. Oktober 1988 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN, dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP und dem Gesetzentwurf der Bundesregierung — beide in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP vom 14. Oktober 1988 — zuzustimmen, soweit die Zuständigkeit des Innenausschusses berührt sei.

b) Rechtsausschuß

Der Rechtsausschuß hat am 28. Oktober 1988 folgende Stellungnahme abgegeben:

„Der Rechtsausschuß empfiehlt mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen die Annahme des Gesetzentwurfs — Drucksache 11/2237 — in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP. Darüber hinaus empfiehlt er mehrheitlich — bei den Anträgen Nr. 5 und 8 einstimmig — die Annahme der von den Koalitionsfraktionen im Rechtsausschuß eingebrachten Anträge Nr. 1—9 (Anlage 1). Mit dieser Maßgabe erhebt der Rechtsausschuß keine rechtlichen, insbesondere verfassungsrechtlichen Bedenken gegen den Gesetzentwurf.

Die Anträge der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN (Anlage 2 und 3) (Anmerkung der Berichterstatter: Dabei handelt es sich um die mit den A-Drucksachen 824/1 und 820 im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung vorgelegten Änderungsanträge) werden abgelehnt, weil die in diesen Anträgen zum Ausdruck kommenden Bedenken mehrheitlich im Rechtsausschuß nicht geteilt wurden.

Den Gesetzentwurf — Drucksache 11/2493 — empfiehlt der Rechtsausschuß für erledigt zu erklären."

Die im Rechtsausschuß eingebrachten Anträge Nr. 1 bis 9 haben folgenden Wortlaut:

Antrag Nr. 1

Zu Artikel 1 §§ 16, 17 — Leistungen bei Beschäftigung im Ausland

Der Rechtsausschuß empfiehlt dem federführenden Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung:

Es muß sichergestellt werden, daß die nach § 10 versicherten Familienangehörigen den vollen Versicherungsschutz behalten, wenn sie das Mitglied für die Zeit seiner Beschäftigung im Ausland begleiten oder besuchen. Dies kann sowohl in Artikel 1 § 16 Abs. 5 als auch in Artikel 1 § 17 Abs. 1 erfolgen.

Der Ausschluß der im Ausland lebenden deutschen Familienangehörigen von den Leistungen der GKV verstößt gegen

- Artikel 6 GG, weil ein sachlich gerechtfertigter Grund nicht vorliegt und die Betroffenen so zusätzlich zum Abschluß einer Privatversicherung gezwungen werden,
- Artikel 3 GG, weil hier eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung gegenüber den in Deutschland versicherten und beschäftigten Arbeitnehmern erfolgt.

Antrag Nr. 2

Zu Artikel 1 § 33 Abs. 4 — Kontaktlinsen

Der Rechtsausschuß empfiehlt dem federführenden Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung:

1. Bei medizinischer Notwendigkeit (u. a. als Kombination) sollten Kontaktlinsen aus sozialstaatlichen Gründen möglicherweise gewährt werden.
2. Der Begriff der medizinischen Notwendigkeit sollte aber eng gefaßt werden.

Antrag Nr. 3

Zu Artikel 1 § 34 — Ausgeschlossene Heil- und Hilfsmittel

Der Rechtsausschuß empfiehlt dem federführenden Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung:

Der Ausschluß der „Arzneimittel von umstrittenem therapeutischen Nutzen" ist im Hinblick auf ernsthafte bzw. lebensbedrohende Erkrankungen jedenfalls dann mit dem Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar, wenn es sich bei der Verordnung solcher Arzneimittel um die einzige erfolgversprechende Behandlungsmethode handelt. Es sollte an dieser Stelle oder durch Einfügung in Artikel 1 § 2 Abs. 1 klargestellt werden, daß Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen sind.

Antrag Nr. 4

Zu Artikel 1 § 35 — Festbeträge

Der Rechtsausschuß empfiehlt dem federführenden Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung:

Bei der abschließenden Formulierung über das Festbetragssystem sind folgende Bedenken zu berücksichtigen:

Die Medikamente der Gruppen 2 (mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen) und 3 (mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkprinzipien) lassen sich nur schwer exakt gegeneinander abgrenzen. Eine solche Abgrenzung ist jedoch aus rechtsstaatlichen Prinzipien und insbesondere wegen der rechtlichen Konsequenzen bei Verletzung der gesetzlichen Grundsätze notwendig.

Selbst bei Arzneimitteln der Gruppe 1 (mit denselben Wirkstoffen) bleiben die entscheidenden Abgrenzungskriterien

— der Bioäquivalenz (biologische Verfügbarkeit bei unterschiedlichen Darreichungsformen) und

— der Galenik (Verringerung der mittleren Tagesdosis)

unberücksichtigt.

Die Kriterien sollten jedoch deutlich ausformuliert werden. Zumindest müßte die Abgrenzung der jeweils vergleichbaren Arzneimittel therapieunabhängig erfolgen.

Die Schutzfrist gemäß § 35 Abs. 3 sollte auf den Zeitpunkt der Markteinführung des Generikums — nicht auf den Zeitpunkt der Zulassung — abgestellt werden und nach Möglichkeit eine Verlängerung finden.

Antrag Nr. 5

Zu Artikel 1 § 106 Abs. 2 Nr. 12 — Ärztezulassung

Der Rechtsausschuß empfiehlt dem federführenden Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung:

Die geplante Neuregelung ist zu streichen. Die Einführung einer Altersgrenze (55 Jahre) für die Zulassung zum Kassenarzt verstößt gegen Artikel 12 GG.

Antrag Nr. 6

Zu Artikel 1 § 128 — Sozialpädiatrische Zentren

Der Rechtsausschuß empfiehlt dem federführenden Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung:

Die Neuregelung ist entsprechend den Beschlüssen des Rechtsausschusses zu modifizieren. Die ausschließliche Erwähnung der sozialpädiatrischen Zentren im Gesetzestext vermittelt den Eindruck, daß Frühförderung für behinderte Kinder ausschließlich von sozialpädiatrischen Zentren ausgeht und nur in derartigen Einrichtungen künftig von der Krankenkasse finanziell unterstützt werden soll. Andere Therapieformen wie sie auf ambulanter oder Teilzeitbasis von der Lebenshilfe in sog. Frühförderstellen bzw. von den antroposophischen heiltherapeutischen Einrichtungen in Hofgemeinschaften — im übrigen wesentlich kostengünstiger — erbracht werden, werden als zu individuell nicht berücksichtigt. Sollte die oben aufgezeigte Annahme zutreffen, läge unabhängig von der Frage, ob die Neuregelung gesundheitspolitisch wünschenswert ist, ein Verstoß gegen Artikel 2, 3, 12, 14 GG vor, da die freie Therapiewahl unzulässigerweise eingeschränkt und auf der Trägerseite solcher Einrichtungen der Gleichbehandlungsgrundsatz verletzt wäre.

Antrag Nr. 7

Zu Artikel 1 § 138 Abs. 1 — Pflicht des Apothekers zur Arzneimittelsubstitution

Der Rechtsausschuß empfiehlt dem federführenden Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung:

Die Substitutionsverpflichtung bei Arzneimitteln durch den Apotheker ist abzulehnen.

Da die Therapiekontrolle (insbesondere hinsichtlich Bioäquivalenz) beim Arzt liegt, ist die Substitutionsverpflichtung abzulehnen. Die Neuregelung, die den Apotheker dazu verpflichtet, ein gleichwertiges, aber preisgünstigeres Mittel als das vom Arzt verschriebene abzugeben, führt zu Haftungssachverhalten aus Umständen heraus, auf die der zur Entscheidung Berufene keinen Einfluß hat. Daher verstößt die Neuregelung gegen das Rechtsstaatsgebot.

Antrag Nr. 8

Zu Artikel 17 Nr. 12 (§ 25), Nr. 17 (§ 31 Abs. 9); Artikel 18 Nr. 11 (§ 25), Nr. 16 (§ 31 Abs. 9) — Ärztezulassung

Der Rechtsausschuß empfiehlt dem federführenden Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung:

Die Regelung ist zu streichen.

Die Einführung einer Altersgrenze (55 Jahre) für die Zulassung zum Kassenarzt verstößt gegen Artikel 12 GG.

Antrag Nr. 9

Zu Artikel 56 — Sterbegeld

Der Rechtsausschuß empfiehlt dem federführenden Ausschuß für Arbei und Sozialordnung:

Das Sterbegeld ist in einer Höhe beizubehalten, die eine würdevolle Beerdigung eröffnet.

Da das Sterbegeld seit der Existenz der Sozialversicherung zum festen Leistungsbestandteil der Sozialversicherung gehört, ist das Sozialstaatsprinzip hier entsprechend ausgeformt und konkretisiert worden. Gegen die Streichung dieses Leistungssektors bestehen daher erhebliche Bedenken, auch deshalb, weil ein Großteil der Bevölkerung — auch unverschuldet — nicht in der Lage ist, für den Todesfall Vorsorge zu treffen.

c) Finanzausschuß

Der Finanzausschuß verzichtete in seiner Stellungnahme vom 12. Oktober 1988 einmütig auf eine Stellungnahme. Zu den beiden Gesetzentwürfen machte er jedoch auf mögliche, mit dem Gesundheits-Reformgesetz verbundene Steuerausfälle aufmerksam. Er wies hierzu auf die Anfragen des Abgeordneten Sieler (Amberg) und die entsprechenden Antworten des Parlamentarischen Staatssekretärs beim Bundesfinanzminister, Dr. Häfele, vom 23. Juli 1988 (Drucksache 11/2722 — S. 8 und 9, Antworten auf die Fragen Nr. 15, 16 und 17) hin.

d) Ausschuß für Wirtschaft

Der Ausschuß für Wirtschaft hat in seiner Sitzung am 12. Oktober 1988 in Abwesenheit der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN einstimmig vorgeschlagen, dem Deutschen Bundestag die Annahme des Gesetzentwurfes (Drucksachen 11/2237 und 11/2493) in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP vom 7. Oktober 1988 (A-Drucksache 741 des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung) zu empfehlen.

Der Ausschuß empfahl weiterhin einstimmig, auf die nach Artikel 1 § 134 Abs. 2 und 3 beabsichtigten Regelungen zu verzichten, wonach die Krankenkassen berechtigt sind, ihren Versicherten die Leistungserbringer ausdrücklich zu empfehlen, die sich bereit erklären, Heilmittel zu den festgesetzten Festbeträgen oder zu niedrigeren Beträgen abzugeben bzw. Höchstgrenzen zu unterschreiten, soweit noch keine Festbeträge festgesetzt oder solche nicht festsetzbar sind.

e) Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

Der Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit empfahl in seiner Stellungnahme vom 24. Oktober 1988 mit der Stimmenmehrheit der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN die Annahme des Gesetzentwurfs — Drucksachen 11/2237 bzw. 11/2493 — unter Berücksichtigung der Änderungen der als Anlage beigefügten Anträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (Anmerkung der Berichterstatter: Dabei handelt es sich um die mit den A-Drucksachen 741 und 741/1 im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung vorgelegten Änderungsanträge, reduziert auf die für den mitberatenden Ausschuß bedeutsamen). Darüber hinaus empfahl er, folgende mündlich vorgetragene Änderung anzunehmen:

In Artikel 45 ist nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

‚2a. § 34b wird wie folgt geändert:

Der Punkt am Ende von Satz 4 wird durch einen Strichpunkt ersetzt; es wird folgender Satz angefügt:

„Art und Umfang der Aufsicht nach Satz 1 sollen dem entsprechen." '

f) Ausschuß für Bildung und Wissenschaft

Der Ausschuß für Bildung und Wissenschaft hat in seiner Stellungnahme vom 26. Oktober 1988 aus bildungspolitischer Sicht die Annahme des Gesetzentwurfs in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP vom 7. Oktober und 14. Oktober 1988 empfohlen. Die Empfehlung wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN angenommen.

g) Haushaltsausschuß

Der Haushaltsausschuß hat am 26. Oktober 1988 folgende Stellungnahme abgegeben:

„Der Haushaltsausschuß hat in seiner heutigen Sitzung den Gesetzentwürfen mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen gegen die Stimmen der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN in der Mitberatung zugestimmt.

Er hat zugleich den Bericht nach § 96 der Geschäftsordnung unter dem Vorbehalt erteilt, daß der federführende Ausschuß über die bislang bekannten Änderungen hinaus keine Änderungen empfiehlt, die sich wesentlich auf die Finanzlage des Bundes auswirken.

Die Fraktion DIE GRÜNEN hat bei der Berichterstattung nach § 96 der Geschäftsordnung die Vereinbarkeit mit dem Bundeshaushalt als nicht gegeben angesehen."

h) Gutachtliche Stellungnahme des Verteidigungsausschusses

Der Verteidigungsausschuß hat am 9. November 1988 folgende Stellungnahme abgegeben:

„Nach der geltenden Rechtslage können gemäß § 176 der Reichsversicherungsordnung Personen, die nach Beendigung ihres Dienstverhältnisses als Soldaten auf Zeit (SaZ) oder als Polizeivollzugsbeamte im Bundesgrenzschutz auf Kosten des Bundes an einer Aus- oder Weiterbildung für das spätere Berufsleben teilnehmen, der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beitreten, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen 75 v.H. der für Jahresbezüge in der Rentenversicherung der Arbeiter geltenden Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt.

Der Entwurf zum Gesundheits-Reformgesetz sieht diese Möglichkeit nicht mehr vor. Im Interesse der betroffenen Personen hat das Bundesministerium der Verteidigung mehrfach, u. a. mit Schreiben vom 26. Februar 1988, beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gefordert, diesem Personenkreis den Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung während der Fachausbildung zu erhalten. Die beabsichtigte Herausnahme der in der Fachausbildung be-

findlichen ehemaligen Soldaten auf Zeit bedeutet eine soziale Verschlechterung, die die Attraktivität einer Verpflichtung als Soldaten auf Zeit beeinträchtigt.

Der Verteidigungsausschuß empfiehlt dem federführenden Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung, es bei der geltenden Rechtslage zu belassen.

Der Beschluß wurde mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP bei Enthaltung der Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN gefaßt."

2. *Zu dem Antrag der Fraktion der SPD*
   Reform des Gesundheitswesens
   — Drucksache 11/2500 —

a) Innenausschuß

Der Innenausschuß hat in seiner Stellungnahme vom 26. Oktober 1988 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sowie der Fraktion DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD empfohlen, den Antrag abzulehnen.

b) Rechtsausschuß

Der Rechtsausschuß hat in seiner Stellungnahme vom 28. Oktober 1988 mehrheitlich empfohlen, den Antrag abzulehnen.

c) Finanzausschuß

Der Finanzausschuß hat am 12. Oktober 1988 einmütig auf eine Stellungnahme zu dem Antrag verzichtet.

d) Ausschuß für Wirtschaft

Der Ausschuß für Wirtschaft hat in seiner Stellungnahme vom 12. Oktober 1988 folgendes mitgeteilt: „Der Ausschuß für Wirtschaft hat in Abwesenheit der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN einstimmig vorgeschlagen, dem Deutschen Bundestag die Ablehnung des Antrags der Abgeordneten Dreßler, Fuchs (Köln), Egert u. a. und der Fraktion der SPD betreffend Reform des Gesundheitswesens — Drucksache 11/2500 — zu empfehlen."

e) Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

Der Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit empfahl in seiner Stellungnahme vom 26. Oktober 1988 mit der Mehrheit der Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sowie der Fraktion DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD, den Antrag abzulehnen.

f) Haushaltsausschuß

Der Haushaltsausschuß hat in seiner Stellungnahme vom 26. Oktober 1988 mitgeteilt, er habe den Antrag mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der antragstellenden Fraktion der SPD bei Enthaltung der Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN abgelehnt.

3. *Zum Gesetzentwurf des Bundesrates*
   Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Reichsversicherungsordnung (RVO)
   — Drucksache 11/280 —

a) Innenausschuß

Der Innenausschuß hat in seiner Stellungnahme vom 12. Oktober 1988 einstimmig empfohlen, den Gesetzentwurf abzulehnen.

b) Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

Der Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit hat in seiner Stellungnahme vom 23. September 1988 mitgeteilt, die Fraktionen im Ausschuß seien übereingekommen, auf die Beratung der Vorlage zu verzichten.

4. *Zu dem Gesetzentwurf des Bundesrates*
   Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)
   — Drucksache 11/1623 —

a) Innenausschuß

Der Innenausschuß hat in seiner Stellungnahme vom 12. Oktober 1988 einstimmig empfohlen, den Gesetzentwurf abzulehnen.

b) Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

Der Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit hat am 28. September 1988 folgende Stellungnahme abgegeben:

„Der Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit schließt sich einstimmig der bereits im federführenden Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung ausgesprochenen Empfehlung an, den Gesetzentwurf des Bundesrates — Drucksache 11/1623 — abzulehnen.

Darüber hinaus schlägt der Ausschuß einmütig vor, dem Deutschen Bundestag die Annahme einer Entschließung zu empfehlen, nach der an die Bundesländer appelliert wird, die Anschlußfinanzierung der Krankenhausträger nach dem 31. Dezember 1988 sicherzustellen; Verzögerungen dürften keinesfalls zu Lasten der Auszubildenden gehen."

VI. Zu den Beratungen im Ausschuß

1. Zu den Umständen der Beratung

Zum Abschluß der Beratungen stellte der Ausschußvorsitzende fest, der Ausschuß habe bei seiner Beratung des Gesundheits-Reformgesetzes unter bisher beispiellosem Arbeitsdruck gestanden und seit dem 26. Oktober 1988 nahezu in Permanenz getagt. Obwohl seitdem 10 Sitzungen stattgefunden hätten, habe ihr Verlauf gezeigt, daß die Opposition ihren Informationsbedarf nur sehr begrenzt habe befriedigen können. Wie hoch der Informationsbedarf gewesen sei, habe sich u. a. an den vielen Aufträgen an die Bundesregierung gezeigt, schriftliche Auskünfte vorzulegen. Insgesamt seien 81 solcher Bitten geäußert worden.

Festzustellen sei auch, daß seit Aufnahme der Beratung des Gesetzentwurfs am Mittwoch, dem 9. November 1988, mit wenigen Unterbrechungen fast nur noch abgestimmt worden sei: Um das vereinbarte Ziel zu erreichen, die Beratung bis zum 14. November abzuschließen, sei auf die sonst übliche und notwendige Aussprache zu den einzelnen Regelungen, insbesondere den Schwerpunkten des Gesetzentwurfs, fast vollständig verzichtet worden.

a) Stellungnahme der Mitglieder der Fraktion der SPD

Die Mitglieder der Fraktion der SPD erklärten, sie hätten sich seit Beginn der Beratungen im Ausschuß gegen eine nach ihrer Auffassung übereilte und unter zeitlichem Druck stehende Beratung des sog. Gesetzentwurfs zur Gesundheitsreform gewandt. Wegen der Komplexität des Gesetzentwurfs und seiner zahlreichen Probleme habe man auf einer sorgfältigen und zeitlich angemessenen Beratung bestehen müssen und eine fünfeinhalbtägige Anhörung für geboten gehalten. Man habe bei der Beschlußfassung über die Anhörungen die Übereinstimmung mit den Mitgliedern der Fraktionen der CDU/CSU und FDP begrüßt. Es wäre jedoch erforderlich gewesen, die Anhörungen ohne den schließlich eingetretenen Zeitdruck vor und nach der Sommerpause durchzuführen. Da ihr dahin gehender Antrag jedoch abgelehnt worden sei, hätten die Anhörungen, wie befürchtet, in zeitlicher Enge und zum Teil an aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden müssen. Die kurzfristige Vorbereitungszeit für die Sachverständigen habe dazu geführt, daß ihre schriftlichen Stellungnahmen den Abgeordneten oftmals erst unmittelbar vor Beginn der einzelnen Anhörungen zugestellt werden konnten. Manche Stellungnahmen seien sogar erst in der Sitzung, andere danach vorgelegt worden. Damit sei es unmöglich geworden, die Stellungnahmen vor der Befragung der Sachverständigen auszuwerten und die Anhörung in vertiefter Weise durchzuführen.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD sahen sich auch im weiteren Fortgang der Beratungen in ihrer Auffassung bestätigt, die Fraktionen der CDU/CSU und FDP wollten um jeden Preis und ohne Rücksicht auf die vielschichtige Problematik des Gesetzentwurfs bis Ende Oktober die Beratungen im Ausschuß abschließen. Dies sei ohne jeden sachlichen Grund lediglich deshalb geschehen, weil die politische Entscheidung, den Gesetzentwurf zum 1. Januar 1989 in Kraft zu setzen, eingehalten werden sollte. Der Gesetzentwurf enthalte nicht eine einzige Vorschrift, die dies notwendig gemacht habe. Es wäre ohne Schaden möglich gewesen, den Gesetzentwurf auch später, z. B. zum 1. April 1989, in Kraft treten zu lassen. Statt dessen sei der Gesetzentwurf in einem bisher nicht gekannten hektischen Verfahren durch die Instanzen getrieben worden. Ihre Kritik am Beratungsverfahren sahen die Mitglieder der Fraktion der SPD auch darin bestätigt, daß die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP einen — aufgrund des öffentlichen Protestes schließlich zurückgezogenen — Antrag vorgelegt hätten, der folgende Entschließung vorgesehen habe:

„Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird beauftragt, zusammen mit dem Sekretariat des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung und dem Parlamentssekretariat des Deutschen Bundestages vor der Herstellung der Urschrift des Gesetzes

1. das vom Deutschen Bundestag und vom Bundesrat verabschiedete Gesundheits-Reformgesetz redaktionell durchzusehen und dabei, ohne den materiellen Normgehalt des Gesetzes zu verändern, insbesondere Druckfehler und andere offenbare Unrichtigkeiten, Unstimmigkeiten des Wortlauts, der Vorschriftenfolge und der Zeichensetzung sowie uneinheitlichen Sprachgebrauch und uneinheitliche Schreibweisen zu berichtigen und
2. den berichtigten Gesetzestext mit Nachweis und Kurzbegründung der Berichtigungen unverzüglich dem Präsidenten des Deutschen Bundestages und dem Präsidenten des Bundesrates zur Genehmigung zuzuleiten und dem Bundeskanzler mitzuteilen.

Die genehmigten Berichtigungen sind bei der Herstellung der Urschrift des Gesetzes zu übernehmen. Die Vorschriften der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages, insbesondere § 122 Abs. 3, bleiben unberührt."

Außerdem beweise der Umstand, daß sich die Fraktionen der CDU/CSU und FDP veranlaßt gesehen hätten, am Mittwoch, dem 26. Oktober 1988, bei Beginn der Erläuterung ihrer Änderungsanträge eine Zusammenfassung der bisherigen Anträge, die in einer Reihe von Fällen überabeitete Neufassungen enthalten habe, vorzulegen, wie unübersichtlich das Verfahren geworden sei.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD hätten sich deshalb so entschieden gegen die Absicht gewandt, in weiteren Sondersitzungen am 27., 28., 29. und 31. Oktober 1988 zu beraten und am 2. bzw. 3. November 1988 die Beratungen des Gesetzentwurfs abzuschließen, weil sich auf diese Weise die bereits unerträglichen Bedingungen, unter denen eine ordnungsgemäße Beratung nicht mehr möglich gewesen sei, weiter verschärft hätten. Damit wäre auch das parlamentarische Verfahren zur Farce verkommen, die verfassungsgemäßen Rechte auf ein geordnetes Verfahren wären verletzt worden. Der Ausschuß wäre vollstän-

dig zum Vollzugsorgan der Regierung und der Koalitionsarbeitsgruppe geworden. Den Abgeordneten wäre abverlangt worden, innerhalb weniger, unmittelbar aufeinanderfolgender Tage die über 400 Änderungsanträge zu beraten. Man hätte in diesem Fall von den Abgeordneten eine Entscheidung verlangt, deren Konsequenzen sie nicht mehr hätten absehen können und für die sie die Verantwortung nicht hätten übernehmen können. Zudem wäre es den Abgeordneten unmöglich gemacht worden, ihre weiteren Mandatspflichten wahrzunehmen.

Die mit den Fraktionen der CDU/CSU und FDP am 28. Oktober 1988 schließlich getroffene Vereinbarung, für die Beratung des Gesetzentwurfs Sitzungen am 2., 3., 7., 9. und 14. November 1988 vorzusehen, hat nach Ansicht der Mitglieder der Fraktion der SPD die Einsicht auch auf seiten der Fraktionen der CDU/CSU und FDP erkennen lassen, daß anders ein halbwegs geordnetes Verfahren nicht gewährleistet werden könne.

Diese Vereinbarung habe die außergewöhnliche Belastung der Abgeordneten jedoch nur geringfügig vermindert. Die Beeinträchtigung der übrigen Aufgaben der Ausschußmitglieder sei zwar zeitlich entzerrt worden, in der Summe jedoch gewachsen. Wie nötig diese Vereinbarung gewesen sei, um das unabweisbare Minimum des für ein geordnetes Verfahren Notwendigen sicherzustellen, habe sich auch darin gezeigt, daß die am Mittwoch, dem 26. Oktober 1988, abends begonnene Erläuterung der ca. 200 Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP erst im Laufe des Donnerstags, des 3. November 1988, habe abgeschlossen werden können. Damit seien mehr als drei Beratungstage vollständig in Anspruch genommen worden.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD waren der Auffassung, Ausschußsitzungen, die in sitzungsfreien Wochen durchgeführt würden, behinderten die Abgeordneten bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Wahlkreis. Sie hätten ihre Termine teilweise langfristig geplant und Verpflichtungen übernommen, die sie nun gegenüber den Bürger/innen zurücknehmen müßten. Die Sondersitzungen störten auch den im Parlament vereinbarten Zeitplan des Deutschen Bundestages, der darauf ausgerichtet sei, den Abgeordneten die Wahrnehmung ihrer unterschiedlichen Aufgaben zu ermöglichen. Einerseits sollten sie im Deutschen Bundestag ihre unmittelbaren parlamentarischen Verpflichtungen erfüllen, dafür gebe es die Sitzungswochen. In den sitzungsfreien Wochen dagegen müßten sie den Kontakt mit den Bürgern/innen halten, die Entscheidungen des Parlaments vermitteln, die Reaktionen der Bürger/innen darauf kennenlernen, ihre Argumente aufnehmen, um sie bei den weiteren parlamentarischen Beratungen im Deutschen Bundestag wieder mit einzubringen. Dieser Wechsel zwischen den beiden Aufgaben sei konstitutiv für das Funktionieren der parlamentarischen Demokratie. Diese Grundregel sei durch die aufgebürdeten Sondersitzungen in sitzungsfreien Wochen bis an den Rand des Erträglichen strapaziert worden. Ausschußsitzungen, die während der Plenarberatungen stattfänden, berührten in ebenso bedenklicher Weise das Recht und die Pflicht der Abgeordneten, an den Entscheidungen des Deutschen Bundestages teilzunehmen. Dies gelte nicht nur für den Fall, daß Beratungsgegenstände aus dem Geschäftsbereich des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung beraten würden. Die Abgeordneten trügen nicht nur in einzelnen Sachgebieten die Verantwortung für die Entscheidungen des Parlaments.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD widersprachen entschieden den außerhalb des Ausschusses zu vernehmenden Bemerkungen, der Ausschuß habe die Zeit seit dem 18. Mai 1988 nicht effektiv genug genutzt. Sie wiesen darauf hin, daß die Anhörungen im Juni 1988 mit der Zustimmung der Fraktionen der CDU/CSU und FDP erfolgt seien. Sie stellten weiter klar, daß die Änderungsanträge erst Anfang bzw. Mitte Oktober vorgelegt worden seien und in der Zeit davor die Beratung des von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP wesentlich geänderten Gesetzentwurfs nicht möglich gewesen wäre.

Mit der am 26. Oktober 1988 zu Beginn der Sitzung von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP vorgelegten Neufassung aller Anträge hätten sie selbst dokumentiert, welcher zusätzliche Aufwand erforderlich gewesen sei, um den Überblick im Beratungsverfahren zu behalten. Zugleich hätten sie aber von den Mitgliedern der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN rasche Entscheidungen über den Gesetzentwurf verlangt. Vor allem die erst am 14. Oktober 1988 im Ausschußsekretariat vorgelegten Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP hätten zahlreiche Rechtsfragen enthalten, die wegen der nicht ausreichend zur Verfügung gestandenen Beratungszeit nicht mehr mit der notwendigen Sorgfalt hätten abgeklärt werden können. So sei nicht auszuschließen, daß gravierende Rechtsfehler und Verstöße gegen das Verfassungsrecht in dem Gesetzentwurf enthalten seien. Dies hätte bei einem zeitlich gestreckten Verfahren vermieden werden können. Die beantragten weiteren Sachverständigenanhörungen hätten auch dazu dienen sollen, solche Fragen zu klären. Keineswegs sei das Minderheitenrecht, eine Anhörung zu verlangen, durch die Anhörungen im Juni verbraucht gewesen. Die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP hätten Fragen aufgeworfen, die zum früheren Zeitpunkt weder Gegenstand der Beratungen noch der Anhörungen gewesen seien noch hätten sein können.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN waren der Auffassung, die Ablehnung ihrer Forderung auf weitere Anhörungen habe die Rechte der Opposition in krasser Weise verletzt.

b) Stellungnahme der Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN

Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN schlossen sich im übrigen der grundsätzlichen Kritik am Beratungsverfahren an. Auch sie wandten sich in scharfer Form gegen die zahlreichen Sondersitzungen. Die große Zahl habe aufgezeigt, daß es sich nicht mehr um einzelne Sonderfälle gehandelt habe, sondern daß das normale Beratungsverfahren in dem üblicherweise zur Verfügung stehenden Zeitbudget des Parlaments völlig verändert worden sei. Damit sei der mit guten

Gründen und seit Jahrzehnten bewährte Arbeitsrhythmus des Parlaments aufgegeben worden. Gerade eine kleine Fraktion belaste dies in außergewöhnlicher Weise. Für die Mitglieder der Fraktion sei dieses Verfahren unzumutbar gewesen und bis an die Grenze des gesundheitlich Verantwortbaren gegangen.

Sie kritisierten außerdem, im Rahmen der Einführung in den Gesetzentwurf seien in vielen Fällen Vorschriften dargestellt worden, deren Änderung durch die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP bereits beschlossene Sache gewesen sei. Auf diese Weise sei von den Sprechern der Fraktionen der CDU/CSU und FDP und den in ihrem Auftrag handelnden Mitarbeitern des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung die Beratungszeit des Ausschusses vergeudet worden. Es habe sich gezeigt, daß der Ausschuß über weite Strecken einen Entwurf diskutiert habe, der zu diesem Zeitpunkt von den Gesetzesinitiatoren längst verändert worden sei.

Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN betonten wie die Mitglieder der Fraktion der SPD, durch die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP seien neue Probleme aufgeworfen worden, die auf andere Weise als durch Anhörungen nicht hätten beurteilt werden können. Wegen des gedrängten Beratungsverfahrens und der vielen Sondersitzungen sei den Abgeordneten keine Möglichkeit mehr geblieben, sich außerhalb der parlamentarischen Gremien sachkundig zu machen und die Vorstellungen und Argumente der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zu überprüfen. Ohne eine Anhörung habe man entscheiden müssen, ohne genau zu wissen, wie die vorgeschlagenen Änderungen am Gesetzentwurf einzuschätzen seien.

Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN bedauerten die zwischen den Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP getroffene Einigung über das weitere Verfahren im Ausschuß, da dadurch zwar mehr Zeit für die Beratungen des GRG, aber zu wenig Zeit für die Beratung weiterer noch anstehender Gesetze (Künstlersozialversicherungsgesetz, Betriebsverfassungsgesetz, Arbeitsförderungsgesetz) bleibe und somit die Ausweitung der Beratungen zum GRG zu Lasten der anderen, dringend notwendigen Beratungen stattfinde.

c) Stellungnahme der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP widersprachen der Kritik am Beratungsverfahren. Sie wiesen mit Nachdruck die von den Mitgliedern der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN geäußerten Annahmen über Auswirkungen auf das Beratungsverfahren zurück, wenn dieses, wie zunächst vorgesehen, am 2./3. November 1988 im Ausschuß abgeschlossen worden wäre.

Es sei auch nicht zutreffend, wenn die Opposition behaupte, sie habe nicht genügend Zeit besessen, sich mit dem Gesetzentwurf ausreichend zu befassen. Mit 18 Beratungen und sieben Sitzungen zur Anhörung von Sachverständigen sei der Gesetzentwurf in seltener Ausführlichkeit behandelt worden. Lange vor der Einbringung des Gesetzentwurfs im Parlament, nämlich bereits im Dezember 1987, sei der erste Entwurf vorgelegt worden. Die Vorstellungen der Bundesregierung und der Fraktionen der CDU/CSU und FDP seien bereits zu diesem Zeitpunkt in allen Grundzügen und wichtigen Einzelfragen Gegenstand öffentlicher Diskussionen gewesen. Jeder interessierte Abgeordnete habe sich daher bereits seit Dezember 1987 mit der Materie vertraut machen können.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP wiesen ferner darauf hin, sie seien den Abgeordneten der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN weit entgegengekommen. Man habe nicht nur zugestimmt, daß entgegen der Übung von den Einführungssitzungen stenographische Protokolle gefertigt worden seien, sondern sei auch damit einverstanden gewesen, die Einführung in großer Ausführlichkeit und unter extensiver Inanspruchnahme der Beratungszeit durchzuführen. Dies sei geschehen, um dem Informationsbedürfnis der Opposition soweit als möglich zu entsprechen. Aus der Erfahrung eigener Oppositionszeit wisse man, daß solches Verhalten der Regierungsfraktionen keineswegs üblich sei.

Ein weiteres Entgegenkommen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sei darin zu sehen gewesen, daß man ohne Umschweife auf die Wünsche der Opposition zur Durchführung und Gestaltung der Anhörungen eingegangen sei. Allerdings sei es aus Gründen der Konzentration erforderlich geworden, die Anhörungen trotz des großen, allein von der Opposition gewünschten Rahmens vor der parlamentarischen Sommerpause abzuschließen. Dies sei nötig gewesen, um bei allen Beteiligten den Gesamtkomplex geschlossen und überschaubar zu halten. Eine Aufteilung der Anhörungen auf die Sitzungswochen von Juni bis Oktober hätte den Zusammenhang zerissen und die Anhörungen insgesamt weniger effektiv gestaltet. Zudem sei wichtig gewesen, die Anhörungen so rechtzeitig abzuschließen, daß ihre Auswertung in der Sommerpause erfolgen konnte. Mit den Protokollen der Anhörungen, den Stellungnahmen und den bis zum Abschluß der Sommerpause vorliegenden Protokollen der Einführungssitzungen seien weitere Informationsmöglichkeiten für alle Abgeordneten geschaffen worden. Dies widerlege erneut den Vorwurf, man habe sich nicht in ausreichendem Maße über den Beratungsgegenstand unterrichten können.

Die Sondersitzungen seien erforderlich geworden, um den Gesetzentwurf so rechtzeitig im Parlament abschließend zu behandeln, daß das Gesetz zum 1. Januar 1989 in Kraft treten könne. Zu diesem politischen, sachlich begründeten Willen seien im Laufe des Jahres 1988 weitere dringende Notwendigkeiten hinzugekommen. Es habe sich nämlich gezeigt, daß die angekündigten Veränderungen und Begrenzungen im Leistungsrecht eine plötzliche und zusätzliche Inanspruchnahme insbesondere bei Zahnersatz, bei Brillen und anderen Hilfsmitteln ausgelöst hätten. Die plötzliche Leistungsausweitung sei in diesem Umfang nicht sachgerecht und lediglich auf das bevorstehende Inkrafttreten des Gesetzes zurückzuführen. Die damit einhergehende Ausgabenausweitung dürfe nicht länger hingenommen werden. Es wäre unverantwortlich, diesen Zustand durch ein Verschieben

des Inkrafttretens noch zu verlängern. Die Folgen solchen Verhaltens hätten schließlich alle Beitragszahler zu tragen gehabt. Daher sei der Vorwurf, der Gesetzentwurf sei allein aus politischen Gründen „durchgepeitscht" worden, gegenstandslos.

Zu Unrecht mache die Opposition geltend, die von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP in mehreren Schritten vorgelegten Änderungsanträge hätten die Ausschußarbeit erschwert. Dieses Vorgehen habe vielmehr dem Gegenteil gedient. Man habe dem Wunsch der Opposition entsprochen, die Änderungsanträge so früh wie möglich vorzulegen, um ihr Gelegenheit zu geben, sie intern zu beraten. Deshalb sei ein großer Teil der Anträge bereits am 7. Oktober vorgelegt worden. Dabei habe man in Kauf nehmen müssen, daß verschiedene Anträge durch die politischen Entscheidungen in der Woche vom 10. bis 14. Oktober verändert worden seien. Daß dies so eintreten könne, habe auch die Opposition gewußt. Auch ihr sei bekannt gewesen, daß entscheidende Vereinbarungen zwischen den Fraktionen der CDU/CSU und FDP erst nach dem 10. Oktober vorgesehen gewesen seien.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP wiesen mit großem Nachdruck die Annahme der Mitglieder der Fraktion der SPD zurück, die Neuregelungen des Gesetzentwurfs und der Änderungsanträge bedeuteten das Risiko von Rechts- oder sogar von Verfassungsverletzungen. Vielmehr seien bei der Abfassung des Gesetzentwurfs und der Änderungsanträge alle Erfordernisse der Rechts- und Verfassungsmäßigkeit beachtet worden.

Die am 26. Oktober bei Beginn der Erläuterung der Änderungsanträge vorgelegte Zusammenfassung aller Änderungsanträge sei als eine Erleichterung für die Mitglieder der Oppositionsfraktionen gedacht gewesen. Diese Erwartung habe sich im Laufe der Beratungen als richtig erwiesen. Damit habe man auch den von der Opposition kritisierten Antrag zur Berichtigung von offenbaren Unrichtigkeiten etc. zurückziehen können.

Ebenfalls als ein Entgegenkommen müsse gelten, daß man dem Wunsch der Opposition entsprochen habe, den Ausschuß durch die Berichterstatter der Arbeitsgruppen der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" über den Beratungsstand zu unterrichten. Dazu habe es keine Verpflichtung gegeben. Allerdings habe man dem Interesse der Opposition entsprechen wollen, die Arbeitsergebnisse der Enquete-Kommission auf formal korrekte Weise in die Ausschußarbeit einzubeziehen. Auf diesem Weg habe man eine weitere Informationsquelle erschlossen.

Die zahlreichen Sondersitzungen habe man selbst als Belastung empfunden. Man habe auf diese Weise das Mögliche tun wollen, um dem immer wieder öffentlich erhobenen Vorwurf entgegenzutreten, es gebe nicht ausreichend Gelegenheit zur Beratung. Die Anforderungen an die einzelnen Ausschußmitglieder verkenne man nicht. Sie hätten aber für alle Mitglieder, gleich welcher Fraktion sie angehörten, in gleicher Weise gegolten. Schließlich sei diese besondere Inanspruchnahme nur vorübergehender Natur und daher zu verantworten gewesen. Die Sondersitzungen seien auch nötig geworden, weil man dem Informationsbedürfnis der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN in anderer Weise nicht habe nachkommen können. Man habe sich vereinzelt des Eindrucks nicht erwehren können, daß mit Fragen der Fortgang der Beratung behindert werden sollte.

Die Anträge auf weitere Anhörungen habe man ablehnen müssen, da sie lediglich dem Ziel gedient hätten, das Verfahren zu verzögern. Das Minderheitenrecht sei in keiner Weise verletzt worden. Schließlich habe auch der Geschäftsordnungsausschuß bereits in früherer Zeit entschieden, daß sich aus dem Minderheitenrecht lediglich dann der Anspruch auf eine neue Anhörung ergebe, wenn ein neuer Sachverhalt in die Beratung eingeführt werde. Dies sei aber nicht der Fall gewesen; zudem stehe insofern die Entscheidung darüber dem Ausschuß selbst zu.

Die Anhörung der Verbände und Sachverständigen im Juni habe bei den Beratungen des Gesundheits-Reformgesetzes einen ungewöhnlichen Umfang gehabt. Es habe kaum ein Gesetzgebungsvorhaben gegeben, bei dem so viele Verbände und Sachverständige gehört worden seien und bei dem sich der federführende Ausschuß so viele Sitzungstage Zeit genommen habe.

Die weitgespannte thematische Gliederung der Anhörung habe Gelegenheit geboten, alle nur denkbaren Gesichtspunkte der Gesundheitsreform anzusprechen und zu erörtern. Die von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP vorgelegten Änderungsanträge hätten sich im Rahmen des Gesetzentwurfs gehalten und keine neuen Fragen aufgegriffen. Es seien keine neuen Materien in das Gesetzgebungsverfahren eingeführt worden. Es sei allein darum gegangen, die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Lösungen in einer Reihe von Punkten zu verändern, zu ergänzen und zu verbessern. Weitere Sachverständigenanhörungen seien dazu nicht erforderlich gewesen.

Die Kostenübernahme bei Schwangerschaftsabbrüchen und die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft wie bisher in der Reichsversicherungsordnung geregelt zu lassen, bedeute keine inhaltliche Veränderung des Gesetzentwurfs. Ebensowenig habe es wegen der vorgeschlagenen Änderungen zur Bonusgewährung beim Zahnersatz einer neuen Anhörung bedurft. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes würden die grundsätzlich vorgesehenen Zuschüsse zum Zahnersatz in Höhe von 50 v.H. um einen Anteil von 10 v.H. aufgestockt, um die Versicherten zur Zahnerhaltung anzuregen. Dies sei eine praktikable Regelung und keine grundsätzlich neue gegenüber dem Gesetzentwurf. Auch die übrigen von den Mitgliedern der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN vorgebrachten Sachverhalte, zu denen sie Anhörungen beantragt hatten, hätten keine neuen Gesichtspunkte gegenüber dem bisherigen Gesetzentwurf enthalten. Dem Minderheitenrecht, eine Anhörung zu verlangen, sei im breiten Umfang mit den Anhörungen im Juni 1988 entsprochen worden.

2. Grundsätzliches

a) Notwendigkeit einer Strukturreform im Gesundheitswesen

Die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung sind einmütig der Auffassung, daß eine Strukturreform des Gesundheitswesens dringend erforderlich ist.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen davon aus, daß die Ausgaben- und Beitragsentwicklung eine Strukturreform erzwinge, die Teil der Politik der Konsolidierung und Neuordnung des sozialen Sicherungssystems sei.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD sehen die Notwendigkeit einer Strukturreform primär durch die fehlende inhaltliche und finanzielle Gesamtorientierung des Gesundheitswesens begründet.

Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN teilen diese Ansicht. Ausgangspunkt einer Strukturreform solle die Umorientierung des Gesundheitswesens hin zur Vermeidung von Krankheitsursachen in der Arbeits- und Lebenswelt sein. Im Mittelpunkt einer Strukturreform müßten die Bedürfnisse der Menschen zur Verhinderung, Heilung oder Linderung von Krankheit stehen und nicht finanzielle Erwägungen.

b) Sozialpolitische Orientierung

Einmütig betrachten die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung das Solidaritätsprinzip als tragendes Element der gesetzlichen Krankenversicherung. Wesentliches Kennzeichen des Solidaritätsprinzips sei es, daß die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sich nicht nach dem verfügbaren Einkommen der Versicherten, sondern nach dem Bedarfsdeckungsprinzip richte. Da sich die Beiträge der Versicherten an der finanziellen Leistungsfähigkeit orientierten, finde darüber hinaus ein Ausgleich zwischen gesunden und kranken sowie jungen und alten Versicherten statt.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen von einer notwendigen Neubestimmung des Solidaritätsprinzips aufgrund der Veränderung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und der medizinischen Versorgung aus. Element dieser Neubestimmung sei die Konzentration der Solidarität auf das medizinisch Notwendige durch die Einführung von Festbeträgen für Arznei- und Hilfsmittel sowie die Ausgrenzung bestimmter verzichtbarer Leistungen, wie zum Beispiel Bagatellarzneimittel, Bagatellheil- und -hilfsmittel, unwirtschaftlicher Arzneimittel und kieferorthopädischer Behandlungen, die vorwiegend aus kosmetischen Gründen erfolgten.

Neubestimmung der Solidarität bedeute darüber hinaus, neue Herausforderungen anzunehmen. Gedacht sei hierbei an verstärkte präventive Bemühungen zur Vermeidung von Erkrankungen, insbesondere von chronisch-degenerativen Krankheiten, an den Abbau von Versorgungsdefiziten durch Hilfen bei der ambulanten Pflege sowie an die Sicherung von Qualität und Menschlichkeit bei der Versorgung der Versicherten.

In engem Zusammenhang mit dem Solidaritätsprinzip steht für die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP das gleichgewichtige Subsidiaritätsprinzip. Ausdruck finde dieses prägende Prinzip in der Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten. Eine Stärkung der Eigenverantwortung sieht man im Ausbau der Gesundheitsvorsorge und der Schaffung von Sparanreizen für die Versicherten durch die Bonusregelung beim Zahnersatz für den Fall regelmäßiger Prophylaxe (Artikel 1 § 30 Abs. 5 GRG), der Beitragsrückgewähr in Form einer Experimentierklausel (Artikel 1 § 73 GRG) und einer Reihe von Zuzahlungen bei Zahnersatz (Artikel 1 § 30 GRG), Fahrkosten (Artikel 1 § 68 GRG), Arzneimittel (Artikel 1 § 31 GRG), Krankenhausbehandlung (Artikel 1 § 38 GRG) und bei Heilmitteln (Artikel 1 § 32 GRG).

Betont wird in diesem Zusammenhang die soziale Abfederung der Regelungen durch eine Härtefall- und Überforderungsklausel (Artikel 1 §§ 69, 70 GRG). Mit der Überforderungsklausel würden die Zuzahlungen auf 2 bzw. 4 v.H. des Einkommens der Versicherten begrenzt. Für Bezieherinnen und Bezieher von Einkommen im Sozialhilfesatzbereich entfielen durch die Härtefallklausel in den Leistungsbereichen stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Zahnersatz, Arznei- und Heilmittel sowie Fahrkosten die Zuzahlungen vollständig.

Außerdem würden die Festbeträge so festgesetzt, daß die Versicherten im allgemeinen eine wirtschaftliche, medizinisch notwendige und in der Qualität gesicherte Leistung ohne Zuzahlung erhalten. Da mit Festbeträgen für Arznei- und Hilfsmittel auch die bisherigen Zuzahlungen entfielen, werde den Versicherten eine in der Qualität gesicherte und ausreichende Versorgung garantiert. Nur wenn die Versicherten eine aufwendigere Versorgung wünschten, hätten sie Mehrkosten zu tragen.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP verweisen darauf, daß die Beitragsrückerstattung eine Erprobungsregelung sei. Auch könne von einer einseitigen Risikoselektion bei den Ortskrankenkassen a priori nicht gesprochen werden. Auch andere Kassenarten hätten spezifische Verwerfungsprobleme. Ausdrücklich werde betont, daß das Solidaritätsprinzip in der GKV mit dem Eintreten Gesunder für Kranke, Junger für Alte, Einzelverdiener für Familien erhalten bleibe.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD weisen demgegenüber zunächst auf dringenden gesetzgeberischen Handlungsbedarf zur Sicherung des Solidaritätsprinzips hin. Ein einkommensbezogener Solidarausgleich finde nur bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze statt. Bei Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze sei es zudem der Entscheidung des/der einzelnen überlassen, ob er/sie sich dem Solidarausgleich entziehe.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD machen darauf aufmerksam, daß annähernd 50 v.H. der Beitragseinnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahresdurchschnitt im Rahmen des Solidarausgleichs auf alte Menschen und Familienangehörige umver-

teilt würden. Eine Ausweitung des Solidarausgleichs auch auf die höheren Einkommensgruppen durch Wegfall der Versicherungspflichtgrenze und Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung sei dringend geboten.

Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN fordern die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und prozentuale Beitragssätze ohne Beitragsbemessungsgrenze, um die Solidarität zwischen den Beziehern hoher und niedriger Einkommen zu verankern und regressive Belastungen zu verhindern.

Zu einer Neubestimmung der Solidarität gehört nach Ansicht der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN auch die Einbeziehung guter Risiken in die gesetzliche Krankenversicherung. So seien z.B. die Beamten eine mögliche Klientel. Durch den Wegfall der Beihilfe und Übernahme des Arbeitgeberbeitrags durch den öffentlichen Arbeitgeber mit dem Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung könne diese Gruppe an die GKV gebunden werden. Mit den Regelungen im GRG werde jedoch den Beamten endgültig der Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung unmöglich gemacht.

Das Solidaritätsprinzip erfordere außerdem eine umgehende Reform der Strukturen des Krankenversicherungssystems. Die Verwerfungen zwischen einzelnen Kassenarten beruhten im wesentlichen auf einer Risikoselektion zu Ungunsten der Ortskrankenkassen. Überproportional stark — durch erhöhte Beitragssätze — trügen die Mitglieder der Ortskrankenkassen zum Solidarausgleich bei. Angestellte und Besserverdienende machten von ihrem Wahlrecht Gebrauch, um sich der Solidarität, die sich hier in finanziellen Belastungen niederschlage, zu entziehen. Eine grundlegende Organisationsreform sei dringende Voraussetzung zur Sicherung des Solidaritätsprinzips.

Erhebliche Gefährdungen für das Bedarfsdeckungsprinzip als wesentlicher Bestandteil des Solidaritätsprinzips sehen die Mitglieder der Fraktion der SPD in der Einführung der Festbeträge. Festbetragsregelungen seien mit dem Solidarprinzip nur dann voll vereinbar, wenn sie so gestaltet werden könnten, daß zusätzliche Zahlungen der Versicherten nicht erforderlich seien. In Artikel 1 § 35 Abs. 6 GRG sei jedoch vorgesehen, daß die Festbeträge so festgesetzt würden, daß sie nur „im allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten". Zu Ende gedacht bedeute diese Regelung, daß der Versicherte in bestimmten Fällen auch bei medizinisch notwendiger Versorgung mit erheblichen Mehrkosten rechnen müsse.

Schwerwiegende Durchbrechungen der Solidarität sind nach Ansicht der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN die umfangreichen Zuzahlungsregelungen im Gesetzentwurf. Gebühren bzw. Zuzahlungen zu notwendigen medizinischen Leistungen seien nur insoweit zulässig, als sie die Inanspruchnahme von Leistungen im Krankheitsfall nicht behinderten. In der Selbstbeteiligung werde grundsätzlich kein geeignetes Instrument zur Steuerung der Leistungsausgaben oder zur Stärkung der Eigenverantwortung gesehen. Der Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion weise auf Erhebungen einer AOK hin, nach der in der relativ kleinen Gruppe der Menschen, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nähmen, eher alte als junge Menschen, eher Frauen als Männer, eher Bezieherinnen und Bezieher niedriger als hoher Einkommen, eher Rentnerinnen und Rentner als andere Versichertengruppen und eher chronisch kranke als akut kranke Menschen seien. Außerdem mache der Sachverständigenrat darauf aufmerksam, daß nur 10 v.H. der Versicherten einer Ortskrankenkasse fast 99 v.H. der Ausgaben für Zahnersatz, über 51 v.H. der Ausgaben für Arzneimittel, über 79 v.H. der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel und fast 100 v.H. der Ausgaben für stationäre Versorgung in Anspruch nähmen.

Die in den Gesetzentwurf eingefügte Überforderungsklausel beweise nicht nur die Existenz sozialer Härten, sie bedeute zudem für chronisch Kranke und damit meist ältere Menschen eine verdeckte Beitragserhöhung um 2 bzw. 4 v.H. Da die Zuzahlung für den stationären Krankenhausaufenthalt in der Überforderungsklausel nicht berücksichtigt sei, seien dies ebenso wie die Zuzahlungen zum Zahnersatz noch zusätzliche Belastungen.

Kostenerstattungsregelungen bedeuten nach Ansicht der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN ein zeitlich befristetes Außerkraftsetzen des Bedarfsdeckungsprinzips. Damit stünden Kostenerstattungsregelungen im Konflikt mit dem Solidaritätsprinzip insbesondere dann, wenn sie den Versicherten an der Inanspruchnahme wichtiger gesundheitlicher Leistungen hinderten. Vorgeschlagen werde daher, auf die Kostenerstattung, auch als Erprobungsregelung, ganz zu verzichten.

Die Beitragsrückerstattung (Artikel 1 § 73 GRG) werde als grober Verstoß gegen die Solidarität zwischen gesunden und kranken Menschen gewertet. Darüber hinaus bestehe die Befürchtung, daß gerade in unteren Einkommensgruppen auf notwendige medizinische Leistungen verzichtet werde, um das knappe Einkommen bei Engpässen aufzubessern.

c) Gesundheitspolitische Orientierung

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN stellen fest, daß eine ausreichende inhaltliche und finanzielle Orientierung des Gesundheitswesens derzeit nicht bestehe. Dies habe z.B. zur Konsequenz, daß das Gesundheitssystem einseitig auf die Behandlung akuter Erkrankungen orientiert sei, obwohl chronisch degenerative Krankheiten das Krankheitspanorama beherrschten. Angesichts der gesundheitlichen Risiken und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung sei die Ausrichtung der Gesundheitspolitik auf die Vermeidung von Krankheitsursachen in der Lebens- und vor allem in der Arbeitswelt vordringliche Aufgabe rationaler Gesundheitspolitik. Während in vergleichbaren Industriestaaten repräsentative Daten zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung speziell zu schichten- und gruppenspezifischer Morbidität vorlägen, seien in der Bundesre-

publik Deutschland vergleichbare Daten nicht verfügbar. Die Ergebnisse aus vergleichbaren Ländern legten den Verdacht einer berufs- und schichtenspezifischen Morbidität und Mortalität in der Bundesrepublik Deutschland allerdings nahe. Der Beleg für eine schichten- und gruppenspezifische Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur müsse aufgrund des Sozialstaatsprinzips Konsequenzen für die Standortbestimmung und den Aufgabenbereich der Gesundheitspolitik haben.

Man rechne außerdem damit, daß in der Allgemeinpraxis und in der allgemeinärztlich orientierten inneren Praxis nur zu etwa einem Drittel Patientinnen und Patienten mit ganz vorwiegend organischen Erkrankungen oder Störungen behandelt werden. Ein zweites Drittel weise organische Erkrankungen mit gleichzeitig psychischen und sozialen Ursachen und Folgen auf. Das übrige Drittel der Patientinnen und Patienten leide ganz vorwiegend unter psychosomatischen und sozialen Problemen. Fehlende pflegerische und soziale Dienste sowie mangelnde ärztliche psychosomatische und psychosoziale Kompetenz führten in der Folge zu einer Übermedikamentierung der Bevölkerung.

Diese grundsätzlichen Fehlsteuerungen und Entwicklungen des Gesundheitswesens würden nicht hinreichend durch eine Gesundheitsberichterstattung dokumentiert. Gesundheitspolitische Kurskorrekturen in erforderlichem Umfang stünden noch aus.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD schlagen daher die Einrichtung eines Sachverständigenrates zur Begutachtung der Lage des Gesundheitswesens vor. Der Sachverständigenrat habe die Aufgabe, in einem jährlichen Gutachten Vorschläge zur Überwindung von Mängeln und Fehlern zu unterbreiten und Vorschläge im Hinblick auf die zu verfolgenden gesundheitspolitischen Zielsetzungen inhaltlicher und finanzieller Art vorzulegen.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sollte der Sachverständigenrat gemeinsam mit dem Gutachten einen Vorschlag für einen Orientierungsrahmen vorlegen, den die Bundesregierung dem Deutschen Bundestag zuleite. Der Orientierungsrahmen sollte Empfehlungen für die Entwicklung der Krankenversicherung im darauffolgenden Jahr in Form von Orientierungsdaten aufzeigen. Die Empfehlungen sollten

- die im nächsten Jahr von der Krankenversicherung zu verfolgenden Gesundheitsziele und Prioritäten darstellen,
- die Grundsätze einer optimalen Versorgung der Versicherten aufzeigen,
- quantitative und qualitative Über- und Unterversorgung sowie Wege zu ihrer Überwindung erläutern,
- die unter Berücksichtigung der vorgeschlagenen Gesundheitsziele erwartete finanzielle Entwicklung der Krankenversicherung prognostizieren,
- die zu erwartende Entwicklung der Beitragssätze darlegen und begründen und
- Maßnahmevorschläge für den Fall enthalten, daß die tatsächliche Entwicklung von der gewünschten abweicht.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD gehen davon aus, daß die vom Sachverständigenrat aufgezeigten Orientierungsdaten, die im Deutschen Bundestag diskutiert worden seien, auf regionaler Ebene konkretisiert würden. Hierzu plane man die Einrichtung eines neuen Gremiums. Eine drittelparitätisch besetzte Gesundheitskonferenz solle eine regionale Bedarfsplanung entwickeln. Die mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen, der Leistungserbringer und Gebietskörperschaften besetzte regionale Gesundheitskonferenz solle den Sicherstellungsauftrag, der derzeit von den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie den Ländern wahrgenommen werde, übernehmen. Bei ihrer Bedarfsplanung solle die Gesundheitskonferenz die Richtzahlen des Orientierungsrahmens beachten und dessen Umsetzung und Konkretisierung auf regionaler Ebene leisten. Der verbindliche Bedarfsplan werde durch die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen von Verhandlungen zwischen regionalen Krankenkassenverbänden bzw. Ausschüssen und regionalisierten Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und anderen Leistungsanbietern umgesetzt.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP weisen darauf hin, daß in der Bundesrepublik Deutschland Konzepte zur Umsetzung einer Gesundheitsberichterstattung das Planungsstadium erreicht hätten. Ende dieses Jahres würden die konzeptionellen Vorarbeiten der vom Bundesministerium für Forschung und Technologie beauftragten Forschungsinstitute erwartet. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und das Bundesministerium für Forschung und Technologie würden auf dieser Grundlage die organisatorische und inhaltliche Entscheidung über den Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung in der Bundesrepublik Deutschland treffen. Mit dem Beginn der auf mehrere Jahre veranschlagten Arbeit könne 1989 gerechnet werden. Außerdem werde im Gesundheits-Reformgesetz der notwendigen Umorientierung in Richtung mehr Prävention Rechnung getragen.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sind der Auffassung, daß es gelte, durch eine Strukturreform die Voraussetzungen für eine langfristige finanzielle Stabilisierung der Ausgaben der GKV zu schaffen.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sahen in dem von der SPD vorgeschlagenen System der Bedarfsplanung kein geeignetes Mittel, die Versorgung der Versicherten mit Gesundheitsleistungen zu verbessern und den Kostenproblemen der GKV entgegenzuwirken. Der vorgelegte Entwurf stelle hierzu eine sachgerechte Lösung dar. Im gegenwärtigen — auch im internationalen Vergleich — leistungsfähigen Gesundheitswesen seien beträchtliche Fehlentwicklungen zu verzeichnen. Nicht allen Ausgaben stehe auch ein entsprechender Nutzen gegenüber. Das System sei weder für Versicherte noch für Leistungserbringer kostentransparent. Es fehlten Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten. Neben einer ko-

stenträchtigen Überversorgung in einigen Bereichen gebe es Versorgungsdefizite in anderen Bereichen. Hier setze das Konzept der solidarischen Erneuerung der Krankenversicherung an. Zur Sicherung einer funktionsfähigen Solidargemeinschaft müsse die Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung verbessert werden. Hierzu sei es auch notwendig, die Eigenverantwortung des einzelnen zu stärken.

In der Gesundheitsreform gehe es darum, Überversorgungen im Gesundheitswesen abzubauen und die Wirtschaftlichkeit in den Versorgungsstrukturen zu verbessern. Die frei werdenden Ressourcen sollten für Beitragssatzsenkungen und für den Ausgleich von Versorgungsdefiziten eingesetzt werden. Durch die Strukturreform im Gesundheitswesen sollten die Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung bei der Sicherung einer wirtschaftlichen gesundheitlichen Versorgung gestärkt werden. Die Festbeträge, die Kündigungsmöglichkeit gegenüber unwirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern, der Medizinische Dienst, die verbesserten Regelungen zur Transparenz stellten für die Krankenkassen wichtige neue Instrumente dar. Man erwarte, daß die Selbstverwaltung diese neuen Instrumente entschlossen im Interesse einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung umsetze. Entschlossenes Handeln der Selbstverwaltung sei auch Voraussetzung für die konsequente Realisierung der Einsparungen.

d) Wichtige Fragen aus der Einzelberatung

— Festbeträge

Die Mitglieder der im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung vertretenen Fraktionen sind einmütig der Ansicht, daß Arzneimittel heute unverzichtbarer Bestandteil der Behandlung von Krankheiten sind. Der eingeschränkte Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt, die herausragende Bedeutung der Herstellerinformation und damit einhergehend die beschränkte Markttransparenz für Ärzte, fehlendes Preis- und Ausgabenbewußtsein bei Arzt und Patient und die spezifische Rolle des Arzneimittels im Arzt/Patienten-Verhältnis führten bei der Arzneimitteltherapie zu einem Mengen-, Preis- und Qualitätsproblem. Im Rahmen der gegenwärtigen kassenärztlichen Versorgung werde Behandlungsbedürftigkeit fast immer mit Arzneimittelbedürftigkeit gleichgesetzt.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN weisen hierzu darauf hin, daß bei rd. 280 Mio. Behandlungsfällen im Jahre 1985 auf jeden Behandlungsfall im Durchschnitt 2,3 Arzneimittelverordnungen entfallen seien. Diese Entwicklung sei vor dem Hintergrund eines zunehmenden Anteils mehr oder weniger unspezifischer psychosomatischer Krankheitsbilder in der allgemeinen Praxis und nur symptomatisch therapierbarer chronisch-degenerativer Krankheitsformen, die die Grenzen der Arzneimitteltherapie aufzeigten, zu sehen. Der Arzt habe auch ein Eigeninteresse, in solchen Fällen mit Arzneimitteln zu therapieren, in denen die unspezifischen Krankheitsbilder im Grunde keine spezifische medikamentöse Therapie erlaubten. Mit der Verordnung von Arzneimitteln vermittele der Arzt dem Patienten in jedem Fall den Eindruck, er habe eine klare Diagnose gestellt und leite dementsprechend eine gezielte Maßnahme als Therapie ein. Dem Arzneiverordnungsreport 1988 sei zudem zu entnehmen, daß 1987 etwa im Wert von 5 Mrd. DM Arzneimittel mit umstrittener Wirkung verordnet worden seien.

Nach Ansicht der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP ist die Einführung von Festbeträgen ein zentrales Element der Gesundheitsreform. Mit den im Gesundheits-Reformgesetz vorgesehenen Arzneimittelfestbeträgen werde bei vergleichbaren Versorgungsalternativen ein Steuerungskonzept gewählt, bei dem Qualität und Preis berücksichtigt würden. Nach Artikel 1 § 35 GRG sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Festbeträge auf der Grundlage rechnerischer mittlerer Tages- oder Einzeldosen und anderer geeigneter Vergleichsgrößen festlegen. Voraussetzung dafür sei die Feststellung von vergleichbaren Arzneimittelgruppen durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen. Das Verfahren solle dreistufig verlaufen, wobei in einer ersten Stufe Festbeträge für Arzneimittel mit „denselben Wirkstoffen", in den weiteren Stufen für Arzneimittel mit „pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen" und „pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen" festgelegt werden sollen.

Hinzuweisen sei darauf, daß die Vorschrift des § 35 keine Festbeträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen ansetze, wenn deren Wirkungsweise neuartig sei und eine therapeutische Verbesserung darstelle bzw. die Nebenwirkungen verringert würden. Bei therapeutischen Verbesserungen sei neben der Verträglichkeit auch an neue Indikationen oder galenische Verbesserungen gedacht. Mit dieser Regelung werde sichergestellt, daß patentgeschützte Arzneimittel, zu denen es keine vergleichbaren Alternativen gebe, den Versicherten außerhalb von Festbeträgen zur Verfügung stünden.

Soweit Arzneimittel mit einem über dem Festbetrag liegenden Preis verordnet würden, müsse der überschießende Betrag vom Versicherten selbst getragen werden. Da für die Arzneimittel mit Festbeträgen die bisherigen Zuzahlungen entfielen, werde den Versicherten eine in der Qualität gesicherte und ausreichende Versorgung garantiert.

Von dem Festbetragsmodell bei Arzneimitteln sei eine Effizienzsteigerung in der Arzneimittelversorgung zu erwarten, da eine Kostensenkung ohne Leistungseinschränkung stattfinde. Durch die Festbeträge bei Arzneimitteln werde bei vergleichbaren Arzneimitteln der Preiswettbewerb intensiviert. Wo Festbeträge nicht gebildet würden, werde ab 1992 über die prozentuale Zuzahlung ein Steuerungsinstrument eingeführt, das ebenfalls den Preiswettbewerb intensiviere, da die Versicherten verstärktes Interesse an einer preisgünstigen Verordnung hätten. Die gesetzliche Krankenversicherung werde in erheblichem Umfang entlastet.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP weisen darauf hin, daß der von Bundesarbeitsminister Dr. Blüm angekündigte Solidarbeitrag der Pharmaindustrie mit diesem Einsparvolumen von 2 Mrd. DM durch die Einführung der Festbeträge erledigt sei. Außerdem führten die Festbeträge zu einem verstärkten Preisbewußtsein bei Ärzten und Ärztinnen sowie Patientinnen und Patienten. Diese Wirkung gehe weit über die bloße Substitution teurer durch preisgünstige Präparate hinaus. Das mangelnde Preisbewußtsein bei Ärzten und Ärztinnen sowie Patientinnen und Patienten bezüglich der Arzneimittel resultiere nicht nur aus dem „fehlenden Interesse", sondern auch aus dem mangelnden ökonomischen Anreiz zur preiswerten Arzneiverordnung. Insofern werde die durch das Festbetragsmodell implizit geforderte Substitution (z.B. wirkstoffgleicher Arzneimittel mit unterschiedlichen Preisen) bei einem Großteil der Betroffenen überhaupt erst die Erkenntnis schaffen, daß im Arzneimittelsektor die Preis/Leistungs-Relation zugunsten der Konsumenten, letztlich also der gesetzlich Krankenversicherten, verändert werden könne.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD wenden hierzu ein, daß die Wirkung der Festbeträge auf die Innovationstätigkeit der pharmazeutischen Unternehmen abzuwarten sei. Einerseits stelle der Wegfall des „Erstanbieterbonus" nach Patentablauf durchaus einen Anreiz zu verstärkten Forschungsaktivitäten dar, um für möglichst viele Produkte Innovationsgewinne während der Patentlaufzeit zu realisieren. Es sei jedoch zu bedenken, daß die schmaler werdende ökonomische Basis für einzelne Unternehmen eine Einschränkung der Forschungsaktivitäten zur Folge haben könne. Langfristig sei außerdem zu erwarten, daß die Arzneimittelhersteller versuchten, die durch Festbeträge abgeschöpften Gewinne durch Innovationsgewinne in anderen Bereichen zu kompensieren. Für neu zugelassene Arzneimittel sei insofern mit einer Erhöhung des Preisniveaus zu rechnen.

Die Festbeträge für Arzneimittel wirkten nur einseitig auf das Preisproblem des Arzneimittelmarktes. Qualitative Aspekte blieben unberücksichtigt. Außerdem sei darauf hinzuweisen, daß die Festlegung der Festbeträge (Molekülvariationen, Designerdrogen) ein äußerst komplizierter Vorgang sein dürfte und durch die enge Verzahnung pharmazeutischer Wissenschaft und Industrie zusätzlich erschwert werde.

Steuerungsmängel seien in erster Linie im qualitativen Bereich zu sehen. Es gehe darum, zunächst einmal die Verordnung von Arzneimitteln, deren Wirkung umstritten sei, zu verhindern. Daher werde vorgeschlagen, ein unabhängiges Arzneimittelinstitut, das von Kassenärzten, Apothekern und den Krankenkassenverbänden getragen werde, zu gründen. Dieses unabhängige Arzneimittelinstitut solle Eignungslisten unter Berücksichtigung der verschiedenen Therapierichtungen erstellen. Über diese unter medizinischen Gesichtspunkten zusammengestellte Eignungsliste sollten auf Bundesebene Preisverhandlungen zwischen der Pharmaindustrie und den Verbänden der Krankenkassen geführt werden. Ergebnis solcher Preisverhandlungen solle eine Positivliste verordnungsfähiger, preisgebundener Arzneimittel sein. Man plädiere für die Beibehaltung eines einheitlichen Apothekenabgabepreises und administrativ fixierter Handelsspannen.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sehen in dem Vorschlag der Fraktion der SPD, zwischen der Arzneimittelzulassung beim Bundesgesundheitsamt und dem/der verordnenden Arzt/Ärztin eine die Qualität und den Nutzen eines Arzneimittels begutachtende Institution zu schalten, eine Einschränkung der Therapiefreiheit und eine bedenkliche Reduzierung des für Kassenpatienten zur Verfügung stehenden Arzneimittelangebots. Eine solche Konzeption würde in eine Zweiklassenmedizin münden. Von der Positivliste und den Preisverhandlungen würde keinerlei Preiswettbewerb ausgehen. Das Gegenteil sei anzunehmen. Hersteller, deren Arzneimittel auf der Liste berücksichtigt würden, hätten Umsatzsicherheit und wären vor Wettbewerb geschützt. Nicht auf der Liste berücksichtigte Hersteller hingegen müßten über kurz oder lang die Produktion einstellen, was die wettbewerbliche Situation zugunsten der Listenhersteller weiter verzerren würde.

Zu den in Artikel 1 § 35 GRG festgelegten Regelungen zur Einführung der Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel äußern die Mitglieder der Fraktion der SPD Bedenken, weil in § 35 Abs. 6 festgehalten werde, daß Festbeträge nur „im allgemeinen eine ausreichende" Versorgung gewährleisten sollen. Die Gefahr einer Minimalversorgung und Zweiklassenmedizin sei so nicht mehr ausgeschlossen. Außerdem bedeute die Regelung, daß erst drei Jahre nach der ersten Zulassung eines wirkstoffgleichen Arzneimittels Festbeträge festgesetzt werden können, eine um drei Jahre verlängerte Patentlaufzeit und eine empfindliche Einschränkung der Wirksamkeit von Festbeträgen.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN legen im übrigen Wert auf die Feststellung, daß das Solidaropfer der Pharmaindustrie zusätzlich zu möglichen Gewinneinbußen infolge der Festbeträge geplant gewesen sei. Dies sei schon daran deutlich zu erkennen, daß der ursprüngliche Gesetzentwurf beides vorsah: Solidaropfer und Festbeträge. Für die Umsetzung beider Punkte sei der Bundesminister ausweislich seiner Festlegung vor dem Deutschen Bundestag am 4. Dezember 1987 im Wort.

Festbeträge sind außer bei Arzneimitteln auch für Hilfsmittel vorgesehen (Artikel 1 § 35a GRG). Die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung gehen gemeinsam davon aus, daß im Hilfsmittelbereich die zum Teil extrem unterschiedlichen Preise auch innerhalb vergleichbarer Produktgruppen zwar regelmäßig mit Qualitätsunterschieden begründet, diese jedoch bisher in keiner Weise nachgewiesen werden müssen. Neue Produkte könnten ohne nennenswerte Qualitätskontrolle im Markt plaziert werden. Es bestehe die Gefahr, daß bei Unkenntnis über die qualitativen Standards sowohl die verordnenden Ärztinnen und Ärzte als auch die Patientinnen und Patienten im hohen Preis einen Qualitätshinweis sähen.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD weisen darauf hin, daß auch im Bereich der Hilfsmittel weder die/der Versicherte noch die Erbringer der Leistungen, son-

dern in erster Linie die Verordnerin bzw. der Verordner, also die Kassenärztin bzw. der Kassenarzt, Art und Umfang der Hilfsmittel zu verantworten hätten. Jede Leistung — abgesehen von einigen Reparaturen oder Brillenverordnungen durch Optikerinnen bzw. Optiker — und damit (fast) jede Ausgabe der gesetzlichen Krankenversicherung erfolge in diesem Bereich aufgrund einer ärztlichen Verordnung. Damit übernehme der Verordner, also die Kassenärztin bzw. der Kassenarzt, sowohl medizinisch als auch in hohem Maße ökonomisch eine Schlüsselfunktion für die Struktur und Ausgabendynamik des Hilfsmittelbereichs. Dem Verordnungsverhalten der Ärztin bzw. des Arztes komme daher bei zunehmender Konkurrenz zwischen den verordnenden Ärztinnen und Ärzten bei einem immer größer werdenden Angebot an Produkten des Hilfsmittelmarktes eine wachsende Steuerungsfunktion zu.

In Artikel 1 § 35 a GRG sieht das Gesundheits-Reformgesetz die Einführung von Festbeträgen für Hilfsmittel vor. Hierbei sollen in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefaßt werden. Für Sonderanfertigungen von Hilfsmitteln, z.B. für die spezifische Versorgung von Schwerstbehinderten, sind, darauf weisen die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP hin, Festbeträge nicht vorgesehen.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sehen in dem mit dem Gesundheits-Reformgesetz vorgesehenen Hilfsmittelverzeichnis gemäß Artikel 1 § 137 und in den vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung für Hilfsmittel zusammen mit den Festbeträgen geeignete Instrumente, mit denen mehr Transparenz und Wettbewerb in preislicher und qualitativer Hinsicht geschaffen würden.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD weisen darauf hin, daß ein Festbetragskonzept nur dann seriös als Steuerungskonzept im Hilfsmittelbereich einzusetzen sei, wenn es gelinge, die Produktgruppen hinreichend sicher medizinisch und qualitativ zu definieren und abzugrenzen.

Nach Meinung der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN birgt die Definition der Festbeträge auch hier die Gefahr in sich, daß der medizinische Fortschritt (z.B. die Entwicklung intelligenter Lösungen bei Rollstühlen) gehemmt werde. Forschung und Entwicklung gerade im Bereich der Hilfsmittel seien gefährdet.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sehen diese Gefährdung nicht, da das Festbetragskonzept ausdrücklich den medizinischen Fortschritt berücksichtige.

— *Zuzahlungen*

Ein Mittel, um die Inanspruchnahme von Arzneimitteln durch die Versicherten zu steuern und den Preiswettbewerb zu forcieren, sehen die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP in einer prozentualen Zuzahlung. Vom 1. Januar 1992 an werde für die Arzneimittel, für die kein Festbetrag festgelegt werden konnte, eine Zuzahlung von 15 v.H., jedoch höchstens 15 DM pro Mittel erhoben.

Zu Artikel 1 § 31 GRG, der die Selbstbeteiligung für Arzneimittel regelt, äußern die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN grundsätzliche Bedenken. Zum einen sei diese Selbstbeteiligungsregelung, wie bereits dargelegt, mit dem Solidaritätsprinzip nicht vereinbar, zum anderen werde durch die Einführung einer Selbstbeteiligung in dieser Höhe versucht, den Marktanteil der Pharmaindustrie zu sichern. Es sei davon auszugehen, daß die Patientinnen und Patienten kaum in der Lage seien zu entscheiden, welche Arzneimittel sie benötigten. Darüber hinaus seien dringend erhoffte neue Arzneimittel für bisher nicht oder nur unzureichend behandelbare Krankheiten zunächst nicht festbetragsfähig, jedoch voraussichtlich sehr teuer, so daß die Kranken dann automatisch 15 DM Zuzahlung zu leisten hätten. Außerdem sei nochmals darauf zu verweisen, daß in der ersten Gruppe erst drei Jahre nach Zulassung eines wirkstoffgleichen Arzneimittels Festbeträge festgesetzt werden könnten. Zudem würden bei patentgeschützten Wirkstoffen keine Festbeträge festgesetzt, ebenfalls nicht bei einer neuen Wirkungsweise, einer therapeutischen Verbesserung oder geringeren Nebenwirkungen. Mit diesen Regelungen werde durch die Festbeträge keine in der Qualität gesicherte und ausreichende Versorgung garantiert, und einkommensschwache Bevölkerungsgruppen bzw. chronisch Kranke müßten unter Umständen auf neue Medikamente verzichten, da es ihnen nicht möglich sei, die fällige Selbstbeteiligung aufzubringen.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP machen hierzu darauf aufmerksam, daß durch die Überforderungs- und Härtefallklausel bei Einkommen im Bereich des Sozialhilfeniveaus die Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandsmitteln vollständig entfielen; bei höheren Einkommen werde die Überforderungsklausel in § 70 GRG sicherstellen, daß die Selbstbeteiligung nicht höher liege als 2 bzw. 4 v.H. des Einkommens.

Auch im Bereich der Versorgung mit Heilmitteln setzen die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf die Steuerungsfunktion einer prozentualen Zuzahlung. Nach Artikel 1 § 32 GRG soll in Zukunft bei Heilmitteln eine Zuzahlung von 10 v.H. anfallen.

Für die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN bedeute diese prozentuale Selbstbeteiligung, daß bei 6 verordneten klassischen Massagetherapien eine Selbstbeteiligung von ungefähr 6,50 DM anfallen werde anstatt, wie bisher, 4 DM für eine Verordnungsserie. Dies entspräche einer über 60prozentigen Preiserhöhung für solche medizinisch notwendigen Leistungen. Der richtige Ansatzpunkt für die Steuerung der Inanspruchnahme von Heilmitteln und Arzneimitteln sei das Verordnungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte.

In Artikel 1 § 30 Abs. 1 wird festgelegt, daß in Zukunft die Krankenkasse den Versicherten 50 v.H. der Kosten für zahntechnische Leistungen und zahnärztliche

Behandlung bei notwendiger medizinischer Versorgung mit Zahnersatz erstatten wird.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP weisen darauf hin, daß für eigene Bemühungen des Versicherten um die Gesunderhaltung seiner Zähne sich generell bis 1991 der Zuschuß um 10 v.H. erhöhe. Das bedeute, daß die Versicherten 40 v.H. der Kosten für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen zu tragen hätten. Man mache allerdings darauf aufmerksam, daß dieser Bonus von 10 v.H. ab 1991 davon abhängig gemacht werde, ob der Versicherte sich durch Inanspruchnahme der Leistungen für Individualprophylaxe bzw. regelmäßiger Untersuchungen beim Zahnarzt um seine Zahngesundheit bemüht habe. Eine Erhöhung um weitere 5 v.H. sei vorgesehen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten 10 Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung regelmäßig an Untersuchungen teilgenommen habe. Außerdem sei darauf hinzuweisen, daß bis zum Ende des Jahres 1989 die Selbstverwaltung differenzierte Zuschüsse entwickeln solle, deren Höhe sich nach der Versorgungsform richte. Dabei solle für zahntechnisch aufwendigere Versorgungsformen ein Zuschuß von 40 v.H., für mittlere Versorgungsformen ein Zuschuß von 50 v.H. und für einfache Versorgungsformen ein Zuschuß von 60 v.H. vorgesehen werden. Das würde ab 1990 für den ersten Fall bedeuten, daß die Versicherten nur 30 v.H. der Kosten für zahntechnische und zahnärztliche Leistungen zu tragen hätten. Um soziale Härten zu vermeiden, sei darüber hinaus vorgesehen, daß nach Artikel 1 § 69 Abs. 1 Versicherte mit einem Einkommen im Bereich der Sozialhilfe von den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz vollständig befreit würden.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN wenden hierzu ein, daß die Versicherten derzeit lediglich 40 v.H. der Kosten für zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz selber zu tragen hätten. Dies entspreche einer Belastung von insgesamt schätzungsweise 1,6 Mrd. DM, ohne Berücksichtigung von Härtefällen. Beziehe man die im Gesundheits-Reformgesetz vorgesehene Regelung auf das Jahr 1987, so ergäbe das eine Belastung der Versicherten von schätzungsweise 3,1 Mrd. DM, ohne Berücksichtigung von Härtefällen. Es sei also mit einer Mehrbelastung der Versicherten von ungefähr 1,5 Mrd. DM zu rechnen. Außerdem müsse jeder Versicherte, dessen Einkommen nur um wenige Mark über den in Artikel 1 § 69 vorgesehenen Einkommensgrenzen liege, die Kosten für Zahnersatz vollständig selber tragen. In Artikel 1 § 70 (Überforderungsklausel) seien die Kosten von Zahnersatz nicht berücksichtigt. Für einkommensschwache Versicherte bzw. kinderreiche Familien mit geringem Einkommen bedeute dies zwangsläufig den „Mut zur Lücke".

Die präventive Wirkung der Bonusregelung wird von den Mitgliedern der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN angezweifelt. Zahnprophylaxe müsse zwingend im Kinder- und Jugendlichenalter ansetzen, um Verhaltensweisen einzuüben, die die Mundgesundheit förderten. Dafür müsse jedoch erst ein geeignetes Konzept erarbeitet werden, bevor hier Finanzmittel eingesetzt würden. Die mangelhafte gruppenprophylaktische Kinder- und Jugendarbeit in der Bundesrepublik Deutschland könne nicht durch deutliche finanzielle Anreize im Erwachsenenalter ersetzt werden. Die Bonusregelung in Artikel 1 § 30 sei sowohl hinsichtlich ihrer Wirkung zur Verbesserung der Zahngesundheit der Bevölkerung als auch hinsichtlich möglicher Einsparungen im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung obsolet.

Nach Ansicht der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN wird es im Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich besonders deutlich, daß die Fraktionen der CDU/CSU und FDP mit den Zuzahlungen weniger Steuerungswirkungen als vielmehr eine Verteilung zu Lasten der Versicherten beabsichtigten. In Artikel 1 § 38 Abs. 4 werde die Selbstbeteiligung der Versicherten für längstens 14 Tage ab dem 1. Januar 1991 auf 10 DM erhöht. Gleiches gelte für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen. Die Verdoppelung werde bezeichnenderweise als Kompensation genau zu dem Zeitpunkt vorgesehen, wo im Regierungskonzept an anderer Stelle Mehrausgaben vorgesehen werden müßten.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP verweisen darauf, daß es bei der Erhöhung der Zuzahlung von 5 DM auf 10 DM um die Entlastung der Solidargemeinschaft von Kosten gehe, die die Patienten in Form häuslicher Ersparnisse für Verpflegung während des Krankenhausaufenthaltes hätten.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN sehen das Vorhaben der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, den Zuschuß zu ambulanten Badekuren auf 15 DM zu senken, im Widerspruch zum Vorhaben, eine stärker präventive Ausrichtung des Gesundheitswesens zu erreichen. Sie weisen darauf hin, daß in Zukunft für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an offenen Badekuren erhebliche Kosten anstünden, denn zu der Senkung des Zuschusses zur ambulanten Badekur auf nur 15 DM träten die Zuzahlungen für Heilmittel. Wichtig sei es, in diesem Zusammenhang zu klären, wer ambulante Badekuren in Anspruch nehme. Dies seien in der Hauptsache Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die aus Sorge um ihren Arbeitsplatz eine stationäre Kur nicht in Anspruch nehmen wollten oder könnten. Man treffe mit dieser Maßnahme gerade beruflich und psychisch besonders belastete Menschen, für die eine ambulante Vorsorgekur der aus individueller Sicht einzige Weg sei, sich um ihre Gesundheit zu bemühen.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP begegnen diesem Vorwurf mit dem Hinweis, daß die Versicherten gerade bei den ambulanten Badekuren bewiesen hätten, daß sie im Interesse der eigenen Gesundheit zu Eigenleistungen bereit seien und daß es vor dem Hintergrund der finanziellen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung Prioritäten zu setzen gelte. Mit Gewährung der medizinischen Leistungen werde die Bedeutung der offenen Badekuren unterstrichen. Die Einbeziehung der Heilmittelzuzahlungen in beide Stufen der Härtefallregelung werde zusätzliche Härten verhindern.

Nach geltendem Recht müssen die Versicherten 5 DM Selbstbeteiligung je Krankenfahrt tragen. Mit Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes wird die

Krankenkasse nur noch den über 20 DM hinausgehenden Betrag übernehmen.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN kritisieren, daß für Versicherte, die in ländlichen und/oder strukturschwachen Gebieten lebten, es nun aufgrund des häufig unzureichenden öffentlichen Personennahverkehrs sehr aufwendig werde, einen Facharzt oder ein Krankenhaus zu erreichen. Für schwerkranke Menschen im ländlichen Raum würden die nun von ihnen zu tragenden Taxikosten zu empfindlichen Belastungen führen. Bei chronisch Kranken und alten Menschen werden die Belastungen kumulieren. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP weisen dagegen darauf hin, daß die Überforderungsklausel die Belastungen begrenze. Bei einem Bruttomonatseinkommen von 3 000 DM betrage die jährliche Belastung z. B. nur 720 DM zuzüglich eventuell anstehender Leistungen für Zahnersatz oder Krankenhausaufenthalte.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP weisen darauf hin, daß die Änderungsanträge der Fraktion der SPD im übrigen insgesamt zu zusätzlichen Belastungen der Krankenversicherung von annähernd 10 Mrd. DM führten. Die Fraktion der SPD verzichte auf Einsparungen in Höhe von rund 7,6 Mrd. DM und schlage zugleich zusätzliche Ausgaben von über 2 Mrd. DM vor. Nach Auffassung der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP verfehle man damit das Ziel einer dauerhaften finanziellen Stabilisierung der Krankenversicherung. Hinzu komme, daß wegen geringerer finanzieller Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten und fehlender Steuerungswirkung die Inanspruchnahme ausgedehnt werde.

Die Anträge der Fraktion DIE GRÜNEN verfehlten das Stabilisierungsziel vollkommen. Durch die Ablehnung sämtlicher von den Regierungsfraktionen vorgeschlagener Konsolidierungsmaßnahmen bleibe das realisierbare Einsparpotential von rund 14 Mrd. DM vollkommen ungenützt. Die vorgeschlagene Abschaffung sämtlicher heute bereits geltender Selbstbeteiligungen und Leistungsausgrenzungen würde zu Mehrausgaben der Krankenkassen von rund 4 Mrd. DM führen. Die Einführung neuer und die Anhebung bestehender Leistungen würde zudem zu weiteren Mehrausgaben bei den Beitragszahlern und Steuerzahlern von rund 6 Mrd. DM führen.

— *Pflege*

Die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung gehen gemeinsam davon aus, daß eine bessere soziale Absicherung des Pflegefallrisikos zu den drängendsten sozial- und gesundheitspolitischen Problemen in der Bundesrepublik Deutschland gehört. Derzeit seien rd. 2 Millionen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland pflegebedürftig. Aufgrund des sich verändernden Altersaufbaus der Bevölkerung werde in Zukunft die Zahl pflegebedürftiger alter Menschen weiter steigen. Es sei dringend erforderlich, eine bedarfsgerechte, angemessene und humane Betreuung Pflegebedürftiger sicherzustellen und dafür eine finanzielle Absicherung zu schaffen. Gegen die Trennung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit würden systematische und soziale Bedenken erhoben, da angesichts des therapeutischen Fortschritts in der Geriatrie und der Rehabilitation diese Trennung in der Praxis kaum durchführbar sei.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen davon aus, daß die schwierige Abgrenzung zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit es rechtfertige, daß die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen zur häuslichen Pflege erbringe. Bei der sozialen Absicherung der Pflegepersonen und der stationären Pflege seien allerdings andere Finanzierungsträger als die gesetzliche Krankenversicherung gefordert.

Man dürfe davon ausgehen, daß rund 90 v.H. der Pflegebedürftigen in der Bundesrepublik Deutschland durch ihre Familie versorgt würden. Es gehe darum, diesen Personenkreis durch die im Gesundheits-Reformgesetz vorgesehenen Regelungen zu unterstützen. Die in Artikel 1 § 54 vorgesehene Pflegeleistung und die in Artikel 1 § 56 vorgesehene Geldleistung in Höhe von 400 DM je Kalendermonat sowie die bei Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson in Artikel 1 § 55 vorgesehene Leistung von bis zu 1 800 DM seien eine wichtige Hilfestellung für die pflegebedürftigen Personen selbst und für die sie betreuenden Familien. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP machen darauf aufmerksam, daß die Geldleistung eine Kannleistung sei.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN weisen darauf hin, daß aus der schwierigen Trennung zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit die Übertragung der ambulanten Pflege Schwerpflegebedürftiger auf die gesetzliche Krankenversicherung nicht zwingend ableitbar sei. Das Problem der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit lasse sich nur durch ein Pflegegesetz, das sowohl den Problembereich ambulante wie auch stationäre Pflege berücksichtige, lösen.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD schlagen vor, für erheblich pflegebedürftige, außergewöhnlich pflegebedürftige und schwerstpflegebedürftige Menschen ein in seiner Höhe gestaffeltes dynamisiertes Pflegegeld einzuführen. Geldleistungen seien Sachleistungen vorzuziehen, da erstes Primat die Sicherung einer möglichst weitgehenden Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen sei. Im Rahmen eines solchen Pflegegesetzes seien außerdem Maßnahmen zu treffen zur Alterssicherung der Pflegepersonen, Beratung und Hilfe bei der Durchführung der Pflege und Hilfe bei der Beschaffung oder Erhaltung einer den besonderen Bedürfnissen einer/s Pflegebedürftigen entsprechenden Wohnung.

Für die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN bedarf eine Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen grundlegender Neuregelungen. So sollten zunächst einmal die Leistungen für alle Formen und Grade der Pflegebedürftigkeit in einem Gesetz geregelt werden. Außerdem sehe man Vorteile in einem Leistungsgesetz gegenüber einer Versicherungslösung. Bei einer steuerfinanzierten Lösung würden zum einen auch einkommensstarke Bevölkerungsgruppen solidarisch ihren Beitrag leisten, und zum

anderen könnten sich die Leistungen am Bedarf und nicht etwa an versicherungsmäßigen Vorleistungen orientieren. Die Leistungen sollten in Form von Pflege- und Unterstützungsgeld ausschließlich am Bedarf orientiert sein, um die Verfügungsgewalt der Pflegebedürftigen über sich selbst zu stärken. Im Interesse dieses Zieles werde außerdem der Umbau von stationärer zu ambulanter Pflegehilfe innerhalb von zehn Jahren angestrebt. Um die berechtigten Interessen der Pflegebedürftigen wahren zu können, sei außerdem an die Einrichtung von Pflegekommissionen und Pflegeombudsfrauen bzw. Pflegeombudsmännern gedacht.

— *Transparenz*

Nach Ansicht der Mitglieder des Ausschusses müssen die datenschutzrechtlichen Überlegungen zu der beabsichtigten Datenverarbeitung davon ausgehen, daß nicht nur ein besonders großer Kreis von Menschen betroffen sein wird, sondern daß darüber hinaus die Datenverarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten, die zu einem guten Teil der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, von besonderer Sensibilität ist.

Während die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN die Auffassung vertreten, daß die Sicherung des informationellen Selbstbestimmungsrechts es grundsätzlich verbiete, personenbezogene Gesundheitsdaten zu sammeln und zu verarbeiten, weisen die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sowie die Mitglieder der Fraktion der SPD darauf hin, daß der Mangel an Transparenz in den meisten Leistungsbereichen des Gesundheitswesens dazu führe, daß die Leistungserbringer bzw. Verordner keinen ausreichenden Überblick über die Auswirkungen der von ihnen erbrachten und veranlaßten Leistungen hätten. Außerdem fehle derzeit eine Datengrundlage, um Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen in ausreichendem Umfang in allen Leistungsbereichen, bei den Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und -ärzten, in Krankenhäusern und bei den Erbringern von Heil- und Hilfsmitteln, durchzuführen.

Die im Zehnten Kapitel des Gesundheits-Reformgesetzes „Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz" vorgesehene Erfassung, Übermittlung, Verwertung und Löschung personenbezogener Daten entspricht nach Ansicht der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP datenschutzrechtlichen Grundlagen. Die Mitglieder der Fraktion der SPD sehen im jetzt vorliegenden Entwurf erhebliche Verbesserungen gegenüber dem ursprünglichen Text. Sie sehen sich jedoch angesichts der nur begrenzt zur Verfügung gestandenen Beratungszeit außerstande, sich ein abschließendes Urteil zu bilden.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP weisen darauf hin, daß der Verwendungszweck der erhobenen und der gespeicherten Daten vom Gesetzgeber nunmehr ausreichend festgelegt sei. Auch der Umfang der zu speichernden Daten, besonders für den Zweck der Beitragsrückzahlung, sei nunmehr klargestellt. Zur Durchführung der Beitragsrückzahlungen würden Leistungen nur nach Art und Wert, nicht aber als Einzelleistung und nur bis zu dem Betrag gespeichert, bei dessen Erreichung feststehe, daß ein Anspruch auf Beitragsrückzahlung nicht mehr bestehe, d. h. wenn ein Zwölftel des Jahresbeitrags erreicht sei.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD weisen noch einmal ausdrücklich darauf hin, daß die Beitragsrückzahlung mit dem Solidaritätsprinzip nicht vereinbar sei. Daher werde trotz der Vereinbarkeit mit dem Datenschutz die Regelung des Artikels 1 § 307 in Verbindung mit Artikel 1 § 73 GRG abgelehnt.

Für die Datenübermittlung von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen sei, so legen die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP dar, vorgesehen, daß die Abrechnung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkasse nur auf den Arzt beziehbar, also nicht auf den Versicherten beziehbar, erfolgen solle. Es würden von den Kassenärztlichen Vereinigungen keine Angaben über Diagnosen übermittelt. Die Krankenkassen erhielten von den Kassenärztlichen Vereinigungen wie bisher die Krankenscheine als Belege, so daß sie in die Lage versetzt würden, ihre Leistungspflicht zu prüfen.

Auf die Versicherten beziehbar seien die übermittelten Daten bei den Verfahren zur Durchführung der Prüfung nach Durchschnittswerten oder nach Richtgrößen nicht. Nur im Bereich der Stichprobenprüfungen, die 2 v.H. der Ärztinnen und Ärzte und demzufolge auch einen geringen Anteil der Versicherten und deren Angehörige umfaßten, sei ein Versichertenbezug vorgesehen. Man gehe aber davon aus, daß, wenn aufgrund der Stichprobenprüfung in einem Prüfverfahren die Verordnungsweise einer Ärztin bzw. eines Arztes näher zu untersuchen sei, die Daten im Einzelfall notwendigerweise auf die Versicherten beziehbar zu machen seien.

Die Datenübermittlung von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen werde sich im wesentlichen auf die Übermittlung zum Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung beschränken. Auch hier sei die auf den Versicherten beziehbare Übermittlung von Daten von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen nur zulässig, soweit eine Kassenärztin bzw. ein Kassenarzt im Rahmen eines Prüfverfahrens die Verordnungsweise darzulegen habe. Der Versichertenbezug sei auch in diesem Fall für eine wirksame Prüfung unerläßlich.

Außerdem sei im Rahmen des Gesundheits-Reformgesetzes gesichert, daß die Daten nicht länger als für den jeweiligen Verwendungszweck unbedingt notwendig gespeichert bleiben dürfen.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht besonders problematisch ist nach Ansicht der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN die Regelung des Artikels 4 Abs. 2 Nr. 1 (§ 96 Abs. 3 SGB X). Mit dieser Regelung werde es der gesetzlichen Unfallversicherung gestattet, eine Zentraldatei anzulegen, soweit sie Aufgaben der Gesundheitsvorsorge, der Rehabilitation und der Forschung wahrnehme. Gegen diese mit Nachdruck vorgetragenen Bedenken machten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP geltend, daß die vorgesehene Erweiterung

des § 96 Abs. 3 SGB X keine Ausdehnung der Offenbarungsbefugnis von Sozialdaten enthalte. Die Bestimmungen des zweiten Kapitels des Sozialgesetzbuchs über den Sozialdatenschutz würden nicht eingeschränkt.

Im übrigen bestimme eine sachliche Notwendigkeit, diese Vorschrift einzuführen. Angesichts der Vielzahl der in allen Gewerbezweigen anzutreffenden Stoffe, die eine Berufskrankheit auslösen könnten, und wegen der zum Teil bis zu 30 Jahre währenden Latenzzeit zwischen Einwirkung auf dem Arbeitsplatz und Auftreten der Berufskrankheit könne eine effektive Prävention in der Unfallversicherung und die Sicherung von Expositionsdaten als Beweis für die haftungsbegründende Kausalität nicht mehr ohne ausreichende Datenspeicherung auskommen. Nach heutigem Recht könne zwar jeder einzelne Unfallversicherungsträger solche Dateien für die bei ihm versicherten Personen führen; diese Datei verliere jedoch ihren Wert bei einem Wechsel des Versicherten zu einer anderen Berufsgenossenschaft. Sie könne auch insbesondere wegen der Beschränkung auf u.U. nur wenige Erkrankungsfälle bei einem Unfallversicherungsträger keinen Ansatz für epidemiologische Schlußfolgerungen im Sinne einer Weiterentwicklung des Berufskrankheitenrechts bieten. Durch die vorgesehene Änderung solle § 96 Abs. 3 SGB X so verändert werden, daß es den Unfallversicherungsträgern ermöglicht werde, für Prävention, Rehabilitation und Forschung gemeinsame Dateien zu bilden. Das Ziel der Erfassung von unverhältnismäßig häufig auftretenden Krankheiten sei bei einer getrennten Datenerfassung durch die 35 gewerblichen Berufsgenossenschaften und sonstige Unfallversicherungsträger nicht erreichbar.

— *Beihilferichtlinien*

Im Rahmen der Beschlußfassung des Gesundheits-Reformgesetzes hatte das Bundeskabinett den Bundesminister des Innern am 27. April 1988 beauftragt zu prüfen, welche Konsequenzen — unter Wahrung des eigenständigen Systems der Absicherung bei Krankheit für den öffentlichen Dienst — aus den Neuregelungen im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung für die Leistungen der Beihilfe zu ziehen seien.

Im Verlauf der Beratung des Gesundheits-Reformgesetzes wurde von den Mitgliedern aller im Ausschuß vertretenen Fraktionen wiederholt nach dem Stand der Vorbereitungen zu einer Anpassung der Beihilferichtlinien an die Neuregelungen des Gesundheits-Reformgesetzes gefragt. Das Bundesministerium des Innern teilte mit, daß die erforderliche fachliche Klärung eingeleitet sei und in enger Abstimmung zwischen den für das Beihilfewesen zuständigen Ressorts des Bundes und der Länder erfolge. Über konkrete Änderungen des Beihilferechts als Folge der Neuregelungen im Gesundheits-Reformgesetz könne man abschließend jedoch erst nach dessen Verabschiedung weitergehende Auskünfte geben. Diese von allen Mitgliedern des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung als sehr unzureichend betrachteten Auskünfte konnten auch durch eine Befragung eines Vertreters des Bundesministeriums des Innern in den Ausschußberatungen trotz intensiver Bemühungen nicht vertieft werden. Dies wurde von allen Mitgliedern des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung bedauert.

Es ist einmütiger politischer Wille des Ausschusses, daß umgehend Schlußfolgerungen aus dem Kabinettsbeschluß vom 27. April 1988 gezogen werden sollen. Alle Fraktionen erwarten umgehend Auskünfte über den Stand des Anpassungsverfahrens.

Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN begrüßen die Einmütigkeit im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung, bezweifeln allerdings generell die Durchsetzungskraft der Sozialpolitiker in ihren Fraktionen. Sie befürchten daher, daß eine Angleichung der Beihilferichtlinien trotz des gemeinsamen politischen Willens des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung in Zukunft nicht umgesetzt werde.

3. *Beratungen zu den einzelnen Neuregelungen*

Im folgenden wird über die wesentlichen Punkte der Beratungen in der Reihenfolge der Vorschriften des Gesetzentwurfes berichtet.

a) Hinsichtlich der Allgemeinen Vorschriften (Erstes Kapitel — §§ 1 bis 4 SGB V) empfehlen die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, den Entwurf im Kern vollständig zu übernehmen. Sie schlagen vor, in § 2 Abs. 1 klarzustellen, daß von den Leistungen der Krankenversicherung, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen sind.

   Die Mitglieder der Fraktion der SPD schlagen in ihrem Änderungsantrag hingegen eine Neufassung des Ersten Kapitels „Allgemeine Vorschriften" vor. Staat und Gesellschaft, die neben dem Versicherten selbst Verantwortung für die Gesundheit tragen sollen, werden in der vorgeschlagenen Neufassung des § 1 ausdrücklich erwähnt. Neben der Wirtschaftlichkeit solle die Sicherung und Kontrolle der Leistungsqualität gewährleistet werden.

   Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN schlagen in ihren Änderungsanträgen zu den Allgemeinen Vorschriften Streichungen und Änderungen bei dem Grundsatz der solidarischen Finanzierung (§ 3 SGB V) und der allgemeinen Vorschrift über die Krankenkassen (§ 4 SGB V) mit dem Ziel einer Vereinheitlichung des Krankenkassensystems mit umfassender Versicherungspflicht der gesamten Bevölkerung vor.

b) Beim Recht des versicherten Personenkreises (Zweites Kapitel — §§ 5 bis 10 SGB V) empfehlen die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, den Entwurf im wesentlichen zu übernehmen. Bei den Voraussetzungen der Familienversicherung schlägt man allerdings vor, in § 10 Abs. 1 Nr. 5 und Abs. 3 SGB V auf das Gesamteinkommen anstelle der im Entwurf vorgesehenen Ein-

nahmen zum Lebensunterhalt abzustellen; bei Rentnern soll hierbei vom Zahlbetrag der Rente ausgegangen werden.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN beantragen bei § 5 Abs. 1 Nr. 9, die Altersgrenze und die Begrenzung auf 14 Fachsemester zu streichen, da der betroffene Personenkreis sehr umfangreich sei. Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN lehnen die im Gesetzentwurf vorgesehene Versicherungsfreiheit für Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt 75 v.H. der Beitragsbemessungsgrenze übersteigt (§ 6 Abs. 1 Nr. 1), mit Verweis auf die notwendige Sicherung des Solidaritätsprinzips ebenso ab wie die Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung (§ 7). Der Kreis der zur freiwilligen Versicherung Berechtigten soll auf Beamte und vergleichbare öffentliche Bedienstete ausgedehnt werden, um guten Risiken nicht den Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung zu verschließen bzw. Beamten mit geringem Einkommen nicht den umfassenden Schutz der GKV zu nehmen. (Vgl. hierzu Gliederung VI. 2.)

c) Die im Gesetzentwurf vorgesehene Neugestaltung des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Drittes Kapitel — §§ 11 bis 76 SGB V) wird von den Mitgliedern der Fraktionen der CDU/CSU und FDP begrüßt.

aa) Im Ersten Abschnitt (Übersicht über die Leistungen — § 11) werden keine bedeutsamen Änderungen von den Mitgliedern der Fraktionen der CDU/CSU und FDP für notwendig erachtet. Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN lehnen den Verbleib des Anspruches auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie zur Empfängnisregelung und bei Abbruch der Schwangerschaft in der RVO ab.

bb) Im Zweiten Abschnitt (Gemeinsame Vorschriften — §§ 12 bis 19) sollen hinsichtlich der Leistungen bei Beschäftigung außerhalb des Geltungsbereichs des Gesetzes (§ 17) familienversicherte Angehörige, die den im Ausland beschäftigten Angehörigen begleiten oder besuchen, bei der Übernahme der Krankheitskosten so behandelt werden wie der Arbeitnehmer selbst. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen davon aus, daß diese Regelung die Entlastungen der Krankenkassen gegenüber dem Entwurf um rd. 10 Mio. DM mindert.

§ 16 sieht vor, daß in all denjenigen Ländern, mit denen die Bundesrepublik Deutschland kein Sozialversicherungsabkommen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen hat, der Anspruch auf Leistungen bei Erkrankung ruht.

Da private Reisekrankenversicherungen für Tagessätze von unter 1,00 DM bereits das Krankheitsrisiko im Ausland abdeckten, ist diese zusätzliche Vorsorge nach Meinung der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP jedem zumutbar.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD bezweifeln zum einen die Höhe der angegebenen Gebühren. Zum anderen weisen sie darauf hin, daß, wenn private Versicherungen für Gebühren von etwa 25 DM im Monat ein Risiko übernehmen könnten und dabei auch noch verdienten, es nicht einzusehen sei, daß die gesetzliche Krankenversicherung gleichzeitig vom Urlaubsgeld der Versicherten Beiträge einziehe, zumal diesen Beiträgen keinerlei Leistungen gegenüberstünden. De facto bedeute dies, daß Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung zwölf Monate lang volle Beiträge zahlten, aber bei einem vierwöchigen Urlaub in einem der Länder, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen bestehe, einen Monat lang keinen Versicherungsschutz genießen würden. Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN weisen darauf hin, daß diese Benachteiligung auch für den Heimataufenthalt von ausländischen Arbeitnehmern/innen aus diesen Ländern gelte.

cc) Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sehen die im Dritten Abschnitt (Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten — §§ 20 bis 24) vorgesehenen Regelungen als sachgerecht und notwendig an. Sie empfehlen gegenüber dem Entwurf folgende Änderungen:

— Die Rolle der Krankenkassen bei der Primär- und Sekundärprävention soll weiter gestärkt werden. Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren können die Krankenkassen daher mitwirken. Auch sollen sie verpflichtet werden, die Versicherten über die Möglichkeiten zur Verhütung von Krankheiten zu beraten (§ 20).

— Die Altersgrenzen bei den Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen sollen geändert werden. Bei der Gruppenprophylaxe (§ 21) soll die Altersgrenze auf 12 Jahre herabgesetzt werden; die Individualprophylaxe (§ 22) soll für Versicherte von 12 bis 20 Jahren vorgesehen werden. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP heben hervor, daß erstmals die Individualprophylaxe in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werde. Zur Durchführung der Gruppenprophylaxe sollen die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene mit den zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen abschließen. Auf der Grundlage des § 20 können Krankenkassen auch weiterhin medizinischen Selbsthilfegruppen finanzielle Unterstützung gewähren.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN fordern, daß an-

gesichts der maßgeblichen Bedeutung der Zahnprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen der Sicherstellungsauftrag für die Jugendpflege an die regionale Gesundheitskonferenz bzw. die Gebietskörperschaften zu übertragen sei. Systematische Mundgesundheitsberatung und Einübung einer stetigen und richtigen Zahnpflege müßten bereits im Kindergarten einsetzen. Hierbei sei vor allen Dingen im Bereich der Mundgesundheitsberatung der Einsatz von Zahnärztinnen und -ärzten nicht zwingend. Vielmehr solle, wie in anderen europäischen Ländern, z.B. in der Schweiz, auf zahnmedizinische Fachhelferinnen und Fachhelfer zurückgegriffen werden. Auch für den Bereich der Individualprophylaxe sei die Mundgesundheitsberatung durch ausgebildete zahnmedizinische Fachhelferinnen und Fachhelfer durchführbar.

Außerdem weisen die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN darauf hin, daß durch Individualprophylaxe nur die Patientinnen und Patienten in der Praxis und diese nur mit teilweisem Erfolg erreicht werden könnten. Volksgesundheitlich betrachtet gewinne daher die Individualprophylaxe im Sinne einer Nachsorge erst dann eine Bedeutung in der Praxis, wenn präventiv betreute Kinder ab dem 16. oder 18. Lebensjahr in das Erwachsenenalter einträten. Diese Voraussetzung einer sinnvollen Individualprophylaxe sei in der Bundesrepublik Deutschland derzeit nicht gegeben und werde durch die Regelungen der §§ 21, 22 auch nur unzureichend geschaffen.

Angesichts der Tatsache, daß Zahnprophylaxe zwingend im Kindes- und Jugendlichenalter ansetzen müsse, um Verhaltensweisen einzuüben, die die Mundgesundheit förderten, weisen die Mitglieder der Fraktion der SPD darauf hin, daß die Bonusregelung in Artikel 1 § 30 hinsichtlich ihrer Wirkung zur Verbesserung der Zahngesundheit der Bevölkerung keinen großen Effekt haben dürfte. Im Bereich der Gruppenprophylaxe müsse dringend ein Konzept ausgearbeitet werden, das auch internationale Erfahrungen berücksichtige.

dd) Im Vierten Abschnitt (Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten — §§ 25, 26) werden von den Mitgliedern der Fraktionen der CDU/CSU und FDP keine wesentlichen Änderungen für notwendig erachtet.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD weisen allerdings darauf hin, daß auf regionaler bzw. betrieblicher Ebene ein Gremium fehle, das primärpräventive Maßnahmen koordiniere und zu verbindlichen Entscheidungen führe. In diesem Zusammenhang verweisen sie nochmals auf die Notwendigkeit, eine regionale Gesundheitskonferenz einzurichten, die diese Aufgaben wahrnehmen könnte.

Ein weiterer Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach Ansicht aller Mitglieder des Ausschusses die sekundäre Prävention. Hierbei gehe es um die möglichst frühzeitige Erkennung von Krankheiten, um Heilungschancen zu verbessern. Sinnvoll sei diese Früherkennung bei bestimmten Krankheiten und definierten Risikogruppen.

Nach Auffassung der Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN werden die in Artikel 1 § 25 vorgesehenen Gesundheitsuntersuchungen für Versicherte, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, in der internationalen wissenschaftlichen Diskussion als völlig überflüssig angesehen.

ee) Im Fünften Abschnitt (Leistungen bei Krankheit — §§ 27 bis 51) schlagen die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP mehrere Änderungen gegenüber dem Entwurf vor.

— Bei der kieferorthopädischen Behandlung (§ 29) soll der vom Versicherten vorläufig zu tragende Kostenanteil 20 v.H., sofern mindestens zwei versicherte Kinder gleichzeitig in Behandlung sind, für das zweite und jedes weitere Kind 10 v.H., betragen.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD sprechen sich ebenfalls bei Abbruch der Behandlung für eine Kostenbeteiligung aus, während die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN eine Kostenbeteiligung generell ablehnen.

Der Ausschuß geht im übrigen davon aus, daß kieferorthopädische Maßnahmen für Erwachsene nicht generell und Maßnahmen zum Schließen einer Gebißlücke nur dann ausgeschlossen sind, wenn es sich um eine geringfügige Gebißlücke handelt.

— Hinsichtlich der Versorgung mit Zahnersatz (§ 30) soll nach dem Willen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker vor der Festlegung der differenzierten Zuschußgruppen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen im Einvernehmen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden; dies entspreche auch einem Anliegen des Bundesrates.

Der Bonus beim Zuschuß für Zahnersatz, der nach dem Entwurf frühestens fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes hätte gewährt werden können, soll nunmehr von Beginn an für eigene Bemühungen der Versicherten zur Gesunderhaltung ihrer Zähne in Höhe von 10 Prozentpunkten gewährt werden. Die Versicherten hätten also 40 v.H. der Kosten für zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistung zu tragen. Der Bonus soll ab 1991 entfallen, wenn der Versicherte keine regelmäßige

Zahnvorsorge betrieben hat; er soll auf 15 Prozentpunkte ansteigen, wenn der Versicherte zehn Jahre regelmäßig Zahnvorsorge betrieben hat. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen davon aus, daß die sofortige Gewährung des Bonus bis 1992 jährlich rd. 800 Mio. DM kosten werde.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD sprechen sich für eine einheitliche Selbstbeteiligung in Höhe von 40 v.H. nur für zahntechnische Leistungen aus. Nach Auffassung der Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN soll Zahnersatz grundsätzlich als Sachleistung ohne Selbstbeteiligung gewährt werden.

Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung sehen die Mitglieder aller Fraktionen eine Überversorgung bei der Prothetik und Defizite vor allen Dingen bei der Zahnprophylaxe und bei der konservierenden Behandlung. Als Ursache dieser Fehlentwicklung werden falsche Anreize, Ausweitung der Leistung durch die Rechtsprechung, fehlende Motivation der Versicherten für die Erhaltung der Zahngesundheit und eine fehlende Infrastruktur für Zahnprophylaxe angeführt.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN ergänzen diese Mängelanalyse mit Hinweisen auf die mangelnde gruppenprophylaktische Kinder- und Jugendarbeit, die wenig präventive Ausrichtung zahnärztlichen Handelns, das Fehlen von zahnmedizinischem Hilfspersonal für systematische Prophylaxe und mangelnde Qualität der zahnärztlichen Arbeit.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD fordern, daß speziell bei der Prüfung der zahnärztlichen Arbeit die Wirtschaftlichkeitskontrolle unbedingt mit einer Kontrolle der Qualität der Arbeit verknüpft werden solle. Daraus ergebe sich zwingend die Entwicklung verbindlicher Qualitätsstandards, die auch die Lebensdauer zahnärztlicher Arbeiten mitberücksichtigten. Das System der Qualitätskontrolle könne hierbei durchaus eine Regresspflicht der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes vorsehen. Auf unsoziale Leistungsausgrenzungen könne bei einer flächendeckenden, an einer Zahnprophylaxe orientierten zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung dann verzichtet werden. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP verweisen hierzu auf die verbesserte Qualitätskontrolle in § 144.

— Bei der Versorgung mit Arzneimitteln (§ 31) soll nach dem Willen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP die die Zuzahlung von drei DM ersetzende prozentuale Zuzahlung erst 1992 eingeführt werden; sie soll 15 v.H., jedoch höchstens 15 Deutsche Mark je Mittel betragen. Für Arzneimittel, für die Festbeträge festgelegt sind, soll keine Zuzahlung vorgesehen werden.

— Bei der Versorgung mit Heilmitteln (§ 32) sind in Abweichung vom Entwurf keine Festbeträge vorgesehen. Dementsprechend sollen Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, eine Zuzahlung von 10 v.H. leisten.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen davon aus, daß die Änderung gegenüber dem Entwurf zu Minderentlastungen von rd. 300 Mio. DM führt.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN lehnen §§ 31 und 32 wegen der vorgesehenen Festbeträge und prozentualen Zuzahlungen ab. (Vgl. Gliederung VI. 2.)

— Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 33) sollen nach den Anträgen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP für Kontaktlinsen in medizinisch begründeten Ausnahmefällen Festbeträge festgesetzt und die Kosten in diesen Fällen nicht nur — wie im Entwurf vorgesehen — in Höhe der Kosten einer Brille übernommen werden. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen davon aus, daß diese Änderung das Einsparvolumen um rd. 30 Mio. DM mindert. Bei Brillen soll es nach dem Willen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP einen Zuschuß von 20 DM für das Brillengestell geben, sofern die Krankenkassenverbände keinen geringeren Festbetrag festgelegt haben. Außerdem soll ein erneuter Anspruch auf eine Sehhilfe bei Versicherten, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nicht mehr alle drei Jahre, sondern nur noch bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien bestehen. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP erwarten, daß hierdurch zusätzliche jährliche Einsparungen von rd. 200 Mio. DM erzielt werden.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN lehnen den vorgesehenen Zuschuß von 20 DM für Brillen ebenso ab wie die Anknüpfung der Voraussetzung für einen erneuten Anspruch auf Sehhilfen an eine Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien. Den grundsätzlichen Bedenken zu letzterer Regelung schließen sich die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP an. Die in § 33 vorgesehene Regelung sei zwar vom Grundsatz her vertretbar, jedoch sei bei einem kurzsichtigen Patienten die Sehschärfe durch eine Änderung der Brechkraft des Auges um minus 0,5 Dioptrien von 1,0 auf 0,6 vermindert. Unter dem Aspekt

der Kraftfahrzeugtauglichkeit sowie unter Berücksichtigung des ausreichenden Sehvermögens am Arbeitsplatz sei bei einer Änderung der Refraktion von 0,5 Dioptrien die Neuverordnung einer Brille erforderlich. Aus diesem Grund sei die Regelung in § 33 Abs. 5 insofern zu ergänzen, als für medizinisch zwingend erforderliche Fälle der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 100 Ausnahmen zulassen könne.

— Hinsichtlich der Vorschriften über den Ausschluß von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln aus der Leistungspflicht der Krankenkassen (§ 34) sehen die Änderungsanträge der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP vor, daß der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung unwirtschaftliche Arzneimittel unmittelbar ausschließen kann; diese Regelung soll den im Entwurf vorgesehenen Auftrag an den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, unwirtschaftliche Arzneimittel auszugrenzen, ersetzen.

Gegenüber dem Entwurf soll die Rechtsverordnung zum Ausschluß von Heil- und Hilfsmitteln (§ 34 Abs. 3) sowohl bei Heilmitteln als auch bei Hilfsmitteln Mittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis erfassen können. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen davon aus, daß hierdurch alsbald zusätzliche Einsparungen von rd. 200 Mio. DM erzielt werden.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP weisen darauf hin, daß der Schutz der besonderen Therapierichtungen im Verweis auf die Berücksichtigung ihrer besonderen Wirkprinzipien liege. Die Mitglieder der Fraktion der SPD und die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN äußern hierzu Zweifel. Selbst bei Unterstellung, daß mit dieser Regelung die Gleichberechtigung von Schulmedizin und Naturheilverfahren angestrebt sei, werde die Gefahr einer Ausgrenzung der besonderen Therapierichtungen nicht endgültig gebannt, wenn Wirtschaftlichkeitskriterien auf der Basis einer einseitigen schulmedizinischen Sichtweise Bewertungsmaßstab seien. Das Verfahren der Entscheidungsfindung sei so auszugestalten, daß die Monopolisierung der vorherrschenden Schulmedizin als verbindlicher „Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse" vermieden werde und die durch die besonderen Therapierichtungen repräsentierten Minderheiten nicht majorisiert würden. Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN schlagen deshalb vor, für die Beurteilung der Angelegenheiten der besonderen Therapierichtungen ein eigenes Gremium in etwa analog den Bundesausschüssen Ärzte und Krankenkassen nach § 99 zu bilden.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD lehnen den Ausschluß der Instandsetzung von Hörgeräten und ihrer Versorgung mit Batterien aus dem Leistungskatalog der GKV ab. Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN beantragen, § 34 zu streichen.

— Am Konzept der Festbeträge für Arzneimittel (§ 35) halten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegenüber zahlreichen Widerständen fest. Bei Änderung des Entwurfs empfehlen sie veränderte Vorgaben für die Gruppen, in denen Arzneimittel zusammengefaßt werden sollen. Der Zeitraum, in dem Festbeträge für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen frühestmöglich nach der ersten Zulassung eines wirkstoffgleichen Arzneimittels festgelegt werden dürfen, wird gegenüber dem Entwurf von 2 auf 3 Jahre ausgedehnt. Für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist und die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten, dürfen Festbeträge in den Gruppen 2 und 3 nicht festgesetzt werden. Man geht davon aus, daß das durch die Festbetragsregelung erzielbare Einsparvolumen durch die vorgeschlagene Änderung um rd. 50 Mio. DM verringert wird.

Bei der Bildung der Festbeträge sind unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie von Bedeutung sind. Die Bioäquivalenz wirkstoffgleicher Arzneimittel ist nicht Voraussetzung für die Bildung von Festbetragsgruppen.

Der Rechtsschutz gegen die Entscheidungen zur Festsetzung der Festbeträge wird ausdrücklich geregelt. Gegen die Festsetzung und damit auch gegen alle Entscheidungen über Vorfragen (Gruppenbildung, Vergleichsgrößen) können die Sozialgerichte angerufen werden. Die Klagen sollen grundsätzlich keine aufschiebende Wirkung haben.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP empfehlen außerdem die nachstehende Entschließung des Deutschen Bundestages:

„Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, über die Auswirkungen der Festbeträge bei Arzneimitteln nach Artikel 1 § 35 Abs. 1 bis 3 und Abs. 6 des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen bis zum 31. Dezember 1992 zu berichten."

Die Einsparungen durch die Festbeträge und sonstigen Maßnahmen im Arzneimittelbereich, insbesondere auch die Ausgrenzungen nach § 34, bedeuten einen wichti-

gen Beitrag für den Erfolg des Gesundheits-Reformgesetzes; allerdings soll der Arzneimittelbereich auch durch die Reform nicht überfordert werden. Deshalb bedürfen die Auswirkungen der verschiedenen Maßnahmen sorgfältiger Beobachtung; darüber wird die Bundesregierung in ihrem Bericht zu unterrichten haben.

— Am Konzept der Festbeträge für Hilfsmittel halten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP fest. Abweichend vom Gesetzentwurf sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel bestimmen, für die Festbeträge festgelegt werden; die Landesverbände der Krankenkassen sollen, wie im Entwurf vorgesehen, für den Bereich eines Landes einheitliche Festbeträge für Hilfsmittel festsetzen.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN lehnen das Konzept der Festbeträge ab. (Zur Diskussion zu diesem Punkt siehe Gliederung VI. 2.)

— Nach dem Willen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP soll die häusliche Krankenpflege zur Vermeidung von Krankenhauspflege (§ 36) gegenüber dem Entwurf auf grundsätzlich vier Wochen begrenzt werden. Der vorgesehene Inhalt der Leistung bleibt hierbei voll erhalten. Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst soll in der Regel nach Aktenlage erfolgen. Hausbesuche sollen nur in Ausnahmefällen stattfinden.

— Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP empfehlen, die Zuzahlung bei stationären Behandlungen (§§ 38, 39) von derzeit 5 DM ab 1991 auf 10 DM festzusetzen.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN lehnen die Zuzahlung und die Festbeträge ab. (Zur Diskussion zu diesem Punkt siehe Gliederung VI. 2.)

ff) Die im Sechsten Abschnitt (Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit — §§ 52 bis 56) vorgesehene Einführung von Leistungen sehen die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP als abschließenden Beitrag der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer besseren sozialen Absicherung bei häuslicher Pflege als notwendig und sachgerecht an. Sie gehen davon aus, daß im Rahmen eines Gesamtkonzeptes auch andere Beteiligte einen Beitrag leisten müssen.

— Nach den Änderungsanträgen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP ist allerdings vorgesehen, die häusliche Pflegehilfe (§ 54) auf 750 DM je Kalendermonat und die Leistung bei Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson (§ 55) auf 1 800 DM zu begrenzen. Die Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen durch Rechtsverordnung soll dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung ermöglicht werden. Die Geldleistung ist hierbei ausdrücklich als Kannleistung vorgesehen.

— Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen im Gegensatz zum Entwurf davon aus, daß in erheblichem Maße (rd. 50 v.H.) anstelle der Sachleistung die Geldleistung (§ 56) in Anspruch genommen wird. Sie gehen daher und wegen der von ihnen empfohlenen Leistungsbegrenzungen davon aus, daß die Kosten der Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach voller Wirksamkeit nicht mit 6,4 Mrd. DM, sondern nur mit 5,1 Mrd. DM zu veranschlagen sind.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN beantragen, §§ 52 bis 56 zu streichen, da dies keine genuine Aufgabe der Krankenversicherung sei. Die Mitglieder der Fraktion der SPD weisen in diesem Zusammenhang auf ihre Änderungsanträge zu Artikel 4a hin, die den Vorschlag eines steuerfinanzierten Pflegeleistungsgesetzes enthalten. Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN erinnern an den Gesetzentwurf ihrer Fraktion (Bundespflegegesetz — Drucksache 11/1790 (neu)). (Vgl. zur Diskussion Gliederung VI. 2.)

gg) Nach dem Willen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sollen die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft und die sonstigen Hilfen (Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch) in der Reichsversicherungsordnung und im Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte von 1972 geregelt bleiben. Der im Entwurf vorgesehene Siebte Abschnitt (§§ 55 bis 64) und der Achte Abschnitt (§§ 65 bis 67) des Dritten Kapitels sollen daher gestrichen werden.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN hingegen lehnen die Streichung ab. Sie sehen durch die Ausgliederung der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft und der sonstigen Hilfen aus dem Gesundheits-Reformgesetz das Ziel einer Neukodifizierung des Sozialrechts verfehlt. Die Finanzierung des nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs durch die gesetzliche Krankenversicherung gehöre zum Leistungsbereich einer sozialen Krankenversicherung. Die Ausgliederung sei sachlich nicht begründbar. Aus politischen Gründen und zur Sicherung von Mehrheiten würden die Fraktionen der CDU/CSU und FDP eine umfassende und sachgerechte Neukodifizierung des Sozialrechts verhindern.

hh) Auf Antrag der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP soll die Regelung über das

Sterbegeld aus dem Übergangsrecht (Artikel 56) herausgenommen und als Siebter Abschnitt (§§ 57, 58) des Dritten Kapitels in das SGB V eingefügt werden. Beim Tod der am 1. Januar 1989 Versicherten soll ein einheitliches Sterbegeld von 2 100 DM (bei Mitgliedern) bzw. 1 050 DM (bei Familienversicherten) gewährt werden.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen davon aus, daß dies das Einsparvolumen gegenüber dem Entwurf in den ersten Jahren um rd. 40 Mio. DM jährlich verringert; die Minderentlastungen beliefen sich mittelfristig allerdings auf rd. 1 Mrd. DM jährlich, bis langfristig (in ca. 80 Jahren) die gleichen Entlastungen wie im Entwurf erzielt würden.

Die Änderungen beim Sterbegeld werden von den Mitgliedern der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN abgelehnt. Um die Bestattungskosten decken zu können, schlagen sie ein einheitliches Sterbegeld in Höhe von 3 500 DM vor. Die unzureichende Höhe des Sterbegeldes werde in Zukunft zu erheblichen Belastungen der Sozialhilfe führen. Nach § 15 des Bundessozialhilfegesetzes seien die Träger der Sozialhilfe verpflichtet, die erforderlichen Kosten einer Bestattung zu übernehmen, „soweit dem hierzu Verpflichteten nicht zugemutet werden kann, die Kosten zu tragen". Man müsse also davon ausgehen, daß das geringere Sterbegeld zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfe führe. Um die Größenordnung der zukünftigen Belastung etwas zu konkretisieren, sei auf die Kosten für die Bestattung eines hamburgischen Sozialhilfeempfängers hinzuweisen. Die Kosten seien einem Vertrag zwischen der Freien und Hansestadt Hamburg und den Bestattungsunternehmen — ausgehend vom Normalfall — entnommen. Die ausgewiesenen Gesamtkosten könnten sich je nach Art und Umfang weiterer Leistungen noch erhöhen. Hiernach müsse man davon ausgehen, daß bei einer Beerdigung Gesamtkosten zwischen 3 200 und 3 450 DM entständen. Es verbleibe also bei einem Sterbefall eine Eigenbelastung bzw. eine Belastung der Sozialhilfe in Höhe von 1 100 bzw. 1 350 DM.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP weisen darauf hin, daß die erforderlichen Kosten von örtlichen Gegebenheiten und Anschauungen bestimmt würden, man also nicht generell von Bestattungskosten in dieser Höhe ausgehen könne. Außerdem stünden möglichen Belastungen der Sozialhilfe durch das verringerte Sterbegeld weitgehende Entlastungen im Bereich der Pflege gegenüber. Man rechne nicht mit zusätzlichen Belastungen für die Sozialhilfe durch das Gesamtpaket der Leistungen nach dem Gesundheits-Reformgesetz.

ii) Die im Neunten Abschnitt (Fahrkosten — § 68) vorgesehene Begrenzung der Übernahme von Fahrkosten gegenüber dem geltenden Recht erachten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP im Kern als notwendig. Abweichend vom Gesetzentwurf sollen folgende wesentliche Änderungen erfolgen: Die 20 DM übersteigenden Fahrkosten bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus sowie bei fachlich betreuten Krankentransporten werden übernommen. Soweit Fahrten von Rettungsdiensten durchgeführt werden, soll die Krankenkasse die Zuzahlung von 20 DM je Fahrt vom Versicherten einziehen. Es wird geschätzt, daß die empfohlenen Änderungen das Einsparpotential gegenüber dem Entwurf um rd. 220 Mio. DM verringern.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD lehnen die gegenüber dem geltenden Recht vorgeschlagene Einschränkung bei der Übernahme der Fahrkosten ab, da dies zu unzumutbaren Belastungen bei den Versicherten besonders im ländlichen Raum führen werde. Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN lehnen auch hier jegliche Selbstbeteiligung ab.

kk) Die im Zehnten Abschnitt (Härtefälle — §§ 69, 70) vorgeschlagenen Härtefallregelungen sehen insbesondere die Unterscheidung zwischen einer vollständigen Befreiung („Sozialklausel") und einer teilweisen Befreiung („Überforderungsklausel") vor. Nach den Änderungsanträgen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP werden Arznei-, Verband- und Heilmittel in die Regelung zur vollständigen Befreiung von Zuzahlungen (§ 69) aufgenommen. Bei vollständiger Befreiung können die Kassen den Versicherten eine „Nicht-Zuzahlungsbescheinigung" ausstellen. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen davon aus, daß das Erziehungsgeld nicht zu den „Einnahmen zum Lebensunterhalt" der §§ 69, 70 zählt.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP schätzen, daß die Versicherten durch die Änderung der Härtefallregelungen um rd. 150 Mio. DM entlastet werden.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD lehnen ebenso wie die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN die §§ 69, 70 ab. Da ihre Änderungsanträge im wesentlichen keine bzw. geringe, sozial verträgliche Zuzahlungen vorsähen, sei konsequenterweise eine Härtefallregelung entbehrlich, da Härtefälle erst gar nicht entstehen könnten.

ll) Die im Elften Abschnitt vorgesehenen Erprobungsregelungen (Kostenerstattung und Beitragsrückzahlung — §§ 72, 73) werden von den Mitgliedern der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN abgelehnt. Da die Beitragsrückgewähr zu Belastungen der Erkrankten führe, die die Beitragsrückzahlungen zusätzlich aufzubringen hätten, werde die Solidarität zwischen kranken und gesunden Menschen durchbrochen.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sehen in der Erprobungsregelung ein wichtiges Instrument der Fortentwicklung des Systems der GKV in den Händen der Selbstverwaltung. Mit der Möglichkeit der probeweisen Einführung der Kostenerstattung könnte die Transparenz verbessert und den Versicherten — unter Wahrung von Wirtschaftlichkeitsaspekten — mehr Wahlmöglichkeiten für Leistungen gewährt werden.

d) Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sehen die im Vierten Kapitel vorgesehenen Regelungen über die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern (§§ 77 bis 149) als sachgerecht an. Sie halten es insbesondere für notwendig, die Vergütungen der Leistungserbringer am Grundsatz der Beitragssatzstabilität auszurichten. Die vorgesehenen Instrumente seien als geeignet anzusehen, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bei Wahrung eines freiheitlichen, pluralistischen und leistungsfähigen Gesundheitswesens zu verbessern.

   Gegenüber dem Gesetzentwurf werden noch folgende Änderungen vorgenommen:

   aa) Im Ersten Abschnitt (Allgemeine Grundsätze — §§ 77 bis 79) sind keine wesentlichen Änderungen vorgesehen.

   bb) Im Zweiten Abschnitt (Beziehungen zu Ärzten und Zahnärzten — §§ 80 bis 114) werden folgende Vorschriften geändert:

   - Das Ankreuzverhalten der Ärzte auf der Grundlage des Artikels 1 § 81 Abs. 5 wird als solches nicht zum alleinigen Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemacht.
   - Gefangene in Justizvollzugsanstalten werden in den Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen einbezogen (§ 83 Abs. 3 a).
   - Die außerordentliche Mitgliedschaft von nicht zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen, in das Arztregister eingetragenen Ärzten bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung soll es auch weiterhin geben (§§ 85, 88, 104, 105; Streichung von Artikel 59).

   Die Mitglieder der Fraktion der SPD weisen darauf hin, daß die Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung keine substantielle Veränderung der Rechtslage bedeute, da bereits nach § 368f RVO die Entwicklung der Grundlohnsumme zu berücksichtigen sei. Das Problem des kontraproduktiven Wettbewerbs sei damit nicht gelöst. In § 92 werde zudem nur von Richtgrößen und nicht von Richtwerten gesprochen. Außerdem würden die Richtgrößen nicht unter Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität festgelegt. Das zusätzliche Prüfinstrument der Plausibilitätskontrolle nach § 91 werde ebenso begrüßt wie die Qualitätskontrolle nach § 145. Der mangelnden Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der ambulanten Versorgung sei durch Prüfverfahren und Qualitätskontrolle allein gewiß nicht zu begegnen. Weiterbildung, z. B. nach Art einer Supervision, müsse den Ärztinnen und Ärzten helfen, adäquat auf die vielfältigen Problemlagen der Patientinnen und Patienten zu reagieren.

   Im Bereich der ambulanten Versorgung werde ein weiterreichender Handlungsbedarf gesehen. Die regionale Bedarfsplanung solle auf eine drittelparitätisch besetzte Gesundheitskonferenz übergehen. Die mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen, der Leistungserbringer und Gebietskörperschaften besetzte regionale Gesundheitskonferenz solle den Sicherstellungsauftrag, der derzeit von den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie den Ländern wahrgenommen werde, übernehmen. Bei ihrer Bedarfsplanung solle die Gesundheitskonferenz die Richtzahlen des Orientierungsrahmens beachten und dessen Umsetzung und Konkretisierung auf regionaler Ebene leisten. Die Erfüllung des verbindlichen Bedarfsplans durch die gesetzlichen Krankenkassen werde angegangen durch die Aufnahme von Verhandlungen zwischen regionalen Krankenkassenverbänden bzw. Ausschüssen und regionalisierten Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und anderen Leistungsanbietern. Durch die Regionalisierung der Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen solle ein Verhandlungsgleichgewicht zwischen den Vereinigungen der Leistungserbringer und den Krankenkassenverbänden hergestellt werden. Die Vertragsgestaltung solle hierbei so erfolgen, daß die Entstehung sogenannter closed shops in den einzelnen Gesundheitsberufen verhindert werde. Bei der kassenärztlichen bzw. kassenzahnärztlichen Versorgung solle die Einzelleistungsvergütung durch diagnoseabhängige Fallpauschalen ersetzt werden. Indem die Krankenkassen auf der Basis des Bedarfsplans aus dem regionalen Gesamtangebot des ambulanten Bereichs den Teil vertraglich verpflichteten, den der Bedarfsplan vorsehe, werde der kostenträchtigen Überversorgung begegnet.

   - Die besonderen Leistungen für psychisch Kranke werden präzisiert (§ 100 Abs. 1); die Änderung trägt auch einem Anliegen des Bundesrates Rechnung. Diesem Änderungsantrag stimmen die Mitglieder der Fraktion der SPD zu, während die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN ihn ablehnen.

Übereinstimmend gehen die Mitglieder des Ausschusses davon aus, daß die Versorgung psychisch Kranker mit Leistungen des Gesundheitswesens in besonderem Maße verbesserungsbedürftig sei. Übereinstimmung besteht weiterhin darüber, daß es um den Ausbau einer gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker gehe, daß psychisch und somatisch Kranke in der medizinischen Versorgung

gleichbehandelt werden müßten und daß der ambulante und der komplementäre Bereich in der Versorgung psychisch Kranker auszubauen seien. Besondere Defizite werden übereinstimmend in den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Gerontopsychiatrie gesehen.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP wollen jedoch zunächst die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung der Modellprogramme, die auf den Forderungen der Psychiatrie-Enquete aufbauen, abwarten. Außerdem verweisen sie darauf, daß ohne die Länder und Gemeinden als Träger der Sozialhilfe eine Regelung nicht getroffen werden könne.

Zu der Frage, ob und in welchem Umfang Verbesserungen für psychisch Kranke aufgenommen werden sollten, spreche man sich für eine allgemeine Regelung aus, wonach bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen sei. Die Einfügung zusätzlicher Vorschriften im Leistungsrecht, wie sie auch der Bundesrat vorgeschlagen habe, werde abgelehnt, da dies den finanziellen Rahmen des GRG gefährde. Auf der Grundlage der Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich vom 11. November 1988 werde man weiter prüfen, welche Vorschläge bei künftigen Änderungen des Rechts der GKV verwirklicht werden könnten.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD machen darauf aufmerksam und bedauern es ausdrücklich, daß das GRG die Probleme psychisch kranker Menschen nicht angehe. Außerdem stehe noch immer ein Psychologengesetz aus. Verbesserungen der Versorgungssituation z.B. durch Satzungsleistungen einzelner Krankenkassen würden trotz der im GRG vorgesehenen Übergangsregelungen im Grundsatz erschwert.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP stellen fest, daß ohne ein Psychologengesetz ein grundsätzliches Abrücken vom Delegationsverfahren aus finanziellen Gründen nicht möglich sei.

— Für die nach dem von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen mit dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker vereinbarten bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen sollen die Vergütungen nicht, wie im Entwurf vorgesehen, auf Bundesebene, sondern auf Landesebene von den Krankenkassenverbänden mit den Innungsverbänden der Zahntechniker vereinbart werden; bei Nichteinigung entscheidet ein Schiedsamt (§§ 96, 97). Der Änderungsvorschlag trägt auch einem Anliegen des Bundesrates Rechnung.

— Bei der Erstellung der Preisvergleichsliste für Arzneimittel soll der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker Gelegenheit zur Stellungnahme geben; bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen sind auch Sachverständige dieser Therapierichtungen einzubeziehen. Es wird klargestellt, daß die Zusammenstellung und Gruppenbildung keine erneute Nutzen-/Risiko-Abwägung darstellen, sondern das Wirtschaftlichkeitsgebot konkretisieren. Außerdem wird der Rechtsschutz gegen die Preisvergleichsliste für Arzneimittel geregelt (§ 100 Abs. 2, 2a).

— Um sicherzustellen, daß bei der Bildung der Festbetragsgruppen bei Arzneimitteln keine Verzögerungen eintreten, soll dann, wenn es wider Erwarten zu keiner rechtzeitigen Willensbildung der Selbstverwaltung kommt, der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nach dem 1. Juli 1989 im Wege der Ersatzvornahme den Erlaß von entsprechenden Richtlinien einleiten können (§ 102 Abs. 1, § 222 Abs. 3). Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen davon aus, daß die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen nach wie vor bereit ist, die Möglichkeiten auszuschöpfen, die die Festbeträge den Versicherten eröffnen. Nach ihrer Auffassung bedarf es einer Ersatzvornahme nur dann, wenn bis 30. Juni 1989 weder eine ausreichende Zahl von Gruppen gebildet noch erste Festbeträge festgelegt worden sind oder absehbar ist, daß die Bereitschaft zur Bildung von Gruppen fehlt und deshalb in absehbarer Zeit keine Festbeträge zu erwarten sind. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen weiter davon aus, daß im Falle der Ersatzvornahme zwischen der Bildung von Gruppen und der Festsetzung von Festbeträgen sowie ihrem Wirksamwerden eine angemessene Zeitspanne von etwa drei Monaten liegen werde.

— In die Regelungen über die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der kassenärztlichen Versorgung (§ 114) werden die Ersatzkassen und ihre Verbände einbezogen. Die Besetzung der Prüfgremien bei den Ersatzkassen wird sich durch diese Regelung nicht ändern. Den Vertragsparteien wird es ermöglicht, Art und Umfang der zu prüfenden Leistungen zu beschränken, wenn das Prüfziel auch auf diese Weise erreicht wird.

In § 106 Abs. 2 Nr. 12 sieht das Gesundheits-Reformgesetz vor, daß Ärzte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, bei Berücksichti-

gung von Härtefällen keine Zulassung oder Ermächtigung zur kassenärztlichen Versorgung erhalten. Gegen diese Regelung hat der Rechtsausschuß Bedenken erhoben.

Zulassungsbeschränkungen von Kassenärzten aus überwiegendem Gemeinwohlinteresse (Bekämpfung von Unter- bzw. von Überversorgung) sieht bereits das geltende Recht vor. Die Einführung einer Altersgrenze von 55 Jahren für die Erstzulassung betrifft insbesondere Ärzte, die bereits anderweitig ein fortgeschrittenes Berufsleben durchlaufen haben, so daß es im Regelfall für sie keinen Anlaß gibt, sich in diesem Alter um eine Zulassung als Kassenarzt zu bewerben. Wo ausnahmsweise ein berechtigtes Interesse an der Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung besteht (bei Aussiedlern und Ärzten aus der DDR, aber auch, wenn Ärzte aus dem Krankenhaus ausscheiden müssen), bleibt die Möglichkeit der Zulassung aufgrund einer Härteklausel erhalten. Die vorgesehene Regelung ist mit dem Recht auf freie Berufsausübung (Artikel 12 GG) vereinbar, weil sie im Hinblick auf die Bedeutung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung geboten ist.

Der Ausschuß hat die verfassungsrechtlichen Bedenken eingehend erörtert und zur Kenntnis genommen, daß auch die Bundesregierung diese Frage sorgfältig geprüft habe und zur Auffassung gelangt sei, daß die verfassungsrechtlichen Bedenken nicht so schwer wögen, daß sie einer Regelung der vorgesehenen Art entgegenständen. Der Ausschuß ist darüber hinaus der Auffassung, daß die vorgesehene Regelung eine sachgerechte und die am wenigsten einschneidende Maßnahme bedeutet. Er ist überzeugt, daß die Güterabwägung zwischen dem Recht auf freie Berufswahl und dem wichtigen Gemeinschaftsgut der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen für die Zulässigkeit der Zulassungsbeschränkung spricht.

cc) Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP halten die vorgesehenen Regelungen im Dritten Abschnitt (Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen — §§ 115 bis 122) für sachgerecht.

dd) Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP halten die vorgesehenen Regelungen im Vierten Abschnitt (Beziehungen zu Krankenhäusern und Kassenärzten — §§ 123 bis 132a) für sachgerecht. Abweichend vom Gesetzentwurf erfolgt die Ersatzvornahme bei nicht fristgerechtem Zustandekommen der dreiseitigen Verträge nicht durch Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, sondern der jeweiligen Landesregierung (§ 123 Abs. 4). Bei der Regelung zu den sozialpädiatrischen Zentren (§ 128) wird ein Hinweis aufgenommen, der verdeutlicht, daß diese Einrichtungen die bewährten Frühförderstellen nicht verdrängen sollen.

Für den gemeinsamen Abschluß und die gemeinsame Kündigung von Versorgungsverträgen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen wird eine Konfliktlösung geschaffen, wenn eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande kommt (Einfügung des § 132a).

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN weisen darauf hin, daß die Probleme in der stationären Versorgung nicht nur im Bereich von Überkapazitäten, mangelnder Wirtschaftlichkeit oder Qualität lägen, sondern daß in erster Linie die Hospitalisierung sozialer Problemlagen anzuführen sei. Der Mangel an qualifizierten stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanter sozialer und pflegerischer Dienste führe zu dieser Hospitalisierung sozialer Problemlagen. Für alte und alleinstehende Menschen in Krisen- und Konfliktsituationen sei das Krankenhaus eine soziale Zufluchtsstätte. Das medizinische und pflegerische Personal sei dazu meist nicht ausgebildet und trotz prinzipieller Hilfsbereitschaft überfordert. Da an diesen Ursachen der Kostenentwicklung im Bereich der stationären Versorgung durch das Gesundheits-Reformgesetz in keiner Weise angesetzt werde, sei das veranschlagte Einsparvolumen von ungefähr 1,6 Mrd. DM nur als illusorisch zu bezeichnen. Weitere Problembereiche wie die Fehlversorgung und das ökonomische Steuerungsdefizit im Krankenhausbereich würden durch das Gesundheits-Reformgesetz gleichfalls nicht angegangen. Die Mitglieder der Fraktion der SPD schlagen deshalb vor, daß neben der Einrichtung einer regionalen Steuerungsinstanz, also der Gesundheitskonferenz, im Krankenhausbereich neue Pflegesatzsysteme wie z. B. degressive und gestufte Pflegesätze oder diagnosebezogene Fallpauschalen zu erproben seien.

ee) Im Fünften Abschnitt (Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln — §§ 133, 134) ist aufgrund der Änderungsanträge der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP — als Folgeregelung zu dem empfohlenen Fortfall von Festbeträgen bei Heilmitteln — vorgesehen, daß die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen Preisvereinbarungen mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden schließen (§ 134).

ff) Beim Sechsten Abschnitt (Beziehungen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln — §§ 135 bis 137) werden die §§ 135 und 136 gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und § 137 bei Enthaltung der Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN angenommen.

gg) Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP halten die im Siebten Abschnitt (Beziehungen zu Apotheken und pharmazeutischen Unternehmern — §§ 138 bis 140) getroffenen Regelungen mit der Maßgabe der folgenden Änderungen für sachgerecht:

- Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker werden verpflichtet, einen gemeinsamen Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung abzuschließen (§ 138 Abs. 2). Kommt der Rahmenvertrag nicht zustande, setzt eine Schiedsstelle den Inhalt fest (§ 138 Abs. 7 bis 9).
- Die Spitzenorganisation der Apotheker (§ 138 Abs. 5a) und die pharmazeutischen Unternehmer (§ 140 Abs. 4) werden verpflichtet, die notwendigen Daten und Auskünfte zur Erstellung der Preisvergleichsliste und zur Bestimmung der Festbeträge zu übermitteln. Die empfohlene Änderung entspricht auch einem Vorschlag des Bundesrates.
- Die pharmazeutischen Unternehmer werden verpflichtet, ein bundeseinheitliches Arzneimittelkennzeichen auf den äußeren Umhüllungen der Arzneimittel anzugeben (§ 140 Abs. 5).

Mit § 138 Abs. 1 erhalten Apotheker die Befugnis, ein Arzneimittel durch ein wirkstoffgleiches, unter Umständen günstigeres Mittel zu substituieren. Gegen diese Regelung erhob der Rechtsausschuß verfassungsrechtliche Bedenken. Da die Therapiekontrolle — insbesondere hinsichtlich der Bioäquivalenz — beim Arzt liege, sei die Substitutionsverpflichtung abzulehnen. Die Neuregelung, die den Apotheker dazu verpflichte, ein gleichwertiges, aber preisgünstigeres Mittel als das vom Arzt verschriebene, abzugeben, führe zu Haftungssachverhalten aus Umständen heraus, auf die der zur Entscheidung Berufene keinen Einfluß habe. Daher verstoße die Neuregelung gegen das Rechtsstaatsgebot. Diese Einwände wurden im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung intensiv erörtert. Man kam übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß die verfassungsrechtliche Bewertung des § 138 Abs. 1 davon abhänge, ob es aufgrund der Neuregelung überhaupt zu Haftungssachverhalten kommen könne. Dies erscheine unwahrscheinlich, sei aber letztlich aus fachlicher Sicht zu beurteilen.

Falls es aufgrund der Neuregelung zu Haftungsfällen kommen könne, wäre der Bereich der beruflichen Tätigkeit des Apothekers jedenfalls betroffen, und zwar auf der Stufe der Berufsausübung. Berufsausübungsregelungen seien aber schon aus vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls unter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgebotes zulässig (BVerfGE 16, 286 (297)). Ob hier derartige Gemeinwohlgründe vorlägen und ob die Regelungen für die Betroffenen zumutbar und nicht übermäßig belastend seien, hänge in erster Linie von den tatsächlichen Gegebenheiten und Auswirkungen ab und müsse auch insoweit aus fachlicher Sicht geprüft und verantwortet werden.

Die Zielsetzung der Gesundheitsreform, durch Begrenzung der Kosten das gesamte System funktionsfähig zu halten, sei als ausreichendes Anliegen der Allgemeinheit zu bewerten. Wenn darüber hinaus die geplante Neuregelung geeignet und erforderlich sei, den Gesetzeszweck zu fördern, und jedenfalls zu keiner besonders gravierenden Belastung für den Apotheker führe, beständen keine durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken.

hh) Im Achten Abschnitt (Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern — §§ 141 bis 143) werden aufgrund der Änderungsanträge der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP die Regelungen zur Versorgung mit Krankentransportleistungen (§ 142) einem Vorschlag des Bundesrates entsprechend geändert. Dies betrifft insbesondere die Voraussetzungen, unter denen die Krankenkassen bei Leistungen des Rettungsdienstes, bei denen die Entgelte für die Inanspruchnahme durch landes- oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, die Übernahme der Kosten auf Festbeträge an die Versicherten beschränken können.

ii) Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP halten die im Neunten Abschnitt (Sicherung der Qualität der Leistungserbringung — §§ 144 bis 148) vorgesehenen Regelungen mit der Maßgabe folgender Änderungen für notwendig und sachgerecht:

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, Qualitätsprüfungen im Einzelfall durchzuführen. Der Gesetzentwurf sah hier nur eine Ermächtigung für die Kassenärztlichen Vereinigungen vor (§ 145 Abs. 1).
- Vor der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz sollen die Vertragspartner der kassenzahnärztlichen Versorgung dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker Gelegenheit zur Stellungnahme geben (§ 144 Abs. 4).

Der Änderung in § 144 und der unveränderten Regelung in § 147 stimmen die Mitglieder der Fraktion der SPD zu, der zu § 148 überwiegend. Für die §§ 144 bis 146 beantragen sie eine Neufassung.

jj) Der Zehnte Abschnitt (Eigeneinrichtungen der Krankenkassen — § 149) wird mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP im wesentlichen unverändert angenommen.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN lehnen im übrigen den Entwurf des Vierten Kapitels ab.

e) Im Fünften Kapitel (Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen — §§ 150, 151) soll nach dem Willen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen leistungsfähiger gemacht werden. Daher sollen die Beteiligten verpflichtet werden, über die durchgeführten Maßnahmen und erzielten Ergebnisse zu berichten. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung soll verpflichtet werden, den gesetzgebenden Körperschaften im Abstand von drei Jahren über die Beitragssatzentwicklung in der GKV und die Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion zu berichten.

Die Vorschriften des KHG über die Bemessung der Pflegesätze entsprechend dem Grundsatz der Selbstkostendeckung unter Beachtung der jeweiligen Kosten und Leistungsstruktur des Krankenhauses gelten unbeschadet (Empfehlungen der Konzertierten Aktion über Vereinbarungen einzelner Krankenhauspflegesätze sind nicht zulässig).

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN lehnen den Entwurf des Fünften Kapitels ab. § 150 wird gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN, § 151 gegen die Stimmen der Mitglieder der SPD bei Enthaltung der Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN angenommen. Die Fraktion der SPD beantragt eine Neufassung des Neunten Abschnitts, die vor allem die Erarbeitung eines Orientierungsrahmens durch die Bundesregierung vorsieht.

f) Das Sechste Kapitel (Organisation der Krankenkassen — §§ 152 bis 215) bleibt weitgehend unverändert. Aufgrund von Anträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP werden nachfolgende Änderungen vorgenommen:

— Die Kaufmännische Krankenkasse Halle (KKH) soll die Möglichkeit erhalten, durch eine Änderung der Satzung bis zum 30. Juni 1989 ihren Mitgliederkreis neu zu umschreiben. Durch die Neufassung, die sich nur auf Angestellte erstrecken darf, soll der aufnahmeberechtigte Personenkreis eindeutiger als bisher abgegrenzt werden, um in der Vergangenheit aufgetretene Rechtsunsicherheiten und Auseinandersetzungen zu beseitigen.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN weisen darauf hin, daß diese Regelung zu einer Benachteiligung der AOK führen werde. Zur Zeit seien ca. 50 Prozesse gegen die KKH anhängig wegen unberechtigter Inanspruchnahme ihr nicht zustehender Personenkreise. Der Gesetzgeber würde mit dieser Regelung der KKH die Möglichkeit geben, diese Prozesse für sich zu entscheiden. Eine Abgrenzung eines solchen Personenkreises sei nicht nur im Kreis der Angestelltenersatzkassen von Interesse. Da ein erheblicher Unterschied darin liege, ob die AOK mit einer der großen, bundesweit organisierten Ersatzkassen konkurriere oder zugleich mit einer KKH, die gegenüber der BEK und DAK einen niedrigeren Beitragssatz habe. So habe die Handelskrankenkase Bremen beantragt, gleichfalls in diese Sonderregelung mit einbezogen zu werden. Die Beibehaltung dieser Regelung im Gesundheits-Reformgesetz bedeute eine sachlich nicht vertretbare Sonderregelung für eine einzelne Kassenart.

— Hinsichtlich des Kassenwahlrechts freiwilliger Mitglieder (§ 194) soll das geltende Recht wiederhergestellt und keine Wahlmöglichkeit zur früheren Krankenkasse des Ehegatten geschaffen werden.

— Auch der Bezug von Erziehungsgeld nach den Erziehungsgeldgesetzen der Länder soll künftig, wie bislang bereits der Bezug von Erziehungsgeld nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz, zur Fortsetzung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger führen (§ 201).

Für die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN ist eine Gesundheitsreform ohne Organisationsreform nicht denkbar. Sie fordern, möglichst bald Arbeiterinnen und Arbeiter mit den Angestellten hinsichtlich ihres Wahlrechts einer Krankenkasse gleichzustellen und außerdem einen Kontrahierungszwang für die Krankenkassen. Da infolge mit erheblichen Verschiebungen zwischen den verschiedenen Kassenarten zu rechnen sei, sei die mögliche Schließung von Krankenkassen sozial abzufedern, um den Zusammenschluß zu leistungsfähigeren größeren Krankenkassen zu ermöglichen.

g) Das Siebte Kapitel (Verbände der Krankenkassen — §§ 216 bis 228) bleibt weitgehend unverändert. Nach dem Willen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP wird allerdings die Regelung hinsichtlich des Fortbestehens länderübergreifender Landesverbände dahin gehend geändert, daß diese dann fortbestehen, wenn nicht eines der betroffenen Länder seine Zustimmung bis zum 31. Dezember 1989 versagt (§ 216 Abs. 3 und 4).

h) Das Achte Kapitel (Finanzierung — §§ 229 bis 282a) bleibt im wesentlichen unverändert. Aufgrund von Anträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP werden nachstehende Änderungen vorgenommen:

— Nicht nur der Bezug von Erziehungsgeld nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz, sondern auch nach den entsprechenden Gesetzen der Länder soll in der GKV beitragsfrei sein (§ 233). Es wird davon ausgegangen, daß gleiches für die „Stiftung Mutter und Kind" gelten solle.

Zu §§ 258, 266 und 268 GRG weisen die Mitglieder der Fraktion der SPD auf folgendes Problem hin: Indem in Zukunft bei freiwillig Versicherten der Beitragszuschuß höchstens die Hälfte des tatsächlichen Beitrags bei der im Falle der Versicherungspflicht zuständigen Kasse betrage, sei es in Zukunft nicht auszuschließen, daß Arbeitgeber versuchten, ihre Beschäftigten im Sinne eines Übertritts zu einer Krankenversicherung mit günstigerem Beitragssatz zu beeinflussen. Der Wettbewerb zwi-

schen Kassenarten im Lohnbüro könne eine Konsequenz sein. Da die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP jedoch angekündigt hätten, daß — jedenfalls im Moment — im Bereich der Gliederung der Kassen keine Reform beabsichtigt sei, wäre es nur folgerichtig, auch auf eine derartige, die Gliederung der Kassen beeinflussende Wirkung zu verzichten.

— Die genaue Ausgestaltung der Interessenquote der Krankenkassen an den Leistungsausgaben in der Krankenversicherung der Rentner (§ 278 Abs. 2) soll in der KVdR-Ausgleichsverordnung geregelt werden.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD machen darauf aufmerksam, daß beim Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner die zum Teil höheren Punktwerte bei der vertragsärztlichen Behandlung gegenüber den Punktwerten bei der kassenärztlichen Behandlung nicht berücksichtigt seien, so daß die RVO-Kassen für Vertragsabschlüsse der Ersatzkrankenkassen indirekt zu zahlen hätten.

— Die Prüfung der Krankenkassen, die nach der Aufbaugesetzgebung den Landesversicherungsanstalten als Gemeinschaftsaufgabe zugewiesen ist, soll einheitlich für alle Krankenkassen den Aufsichtsbehörden übertragen werden. Die Prüfung der Kassenverbände obliegt dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und den Sozialministern der Länder (Neueinfügung von § 282 a; Streichung von § 342 RVO). Der Rechnungshof ist an der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Kassen nicht zu beteiligen.

In der Angleichung des Beitragssatzes aus der Rente an den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen (§ 256) sehen die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP einen Beitrag zur Generationensolidarität.

Nach Meinung der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN ist dies de facto eine Rentenminderung ab dem 1. Juli 1989, mit der die Rentnerinnen und Rentner 1,65 Mrd. DM Mehreinnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung aufzubringen hätten. Anstelle eines jährlich anzupassenden Beitragssatzes in der KVdR schlage man einen festen Satz von 11,8 v.H. vor. Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN sprechen sich ebenfalls für einen festen Satz aus, schlagen aber grundsätzlich vor, eine Kommission einzusetzen, die die Grundlagen für eine neue Berechnung der Beitragssätze im Sinne einer echten Solidarversicherung erarbeiten soll.

i) Das Neunte Kapitel (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung — §§ 283 bis 291) bleibt im wesentlichen unverändert. Die im Gesetzentwurf bislang in den einzelnen Vorschriften des Leistungsrechts enthaltenen Vorschriften zur Beteiligung des Medizinischen Dienstes durch die Krankenkassen werden zusammengefaßt und ergänzt. Es wird klargestellt, daß die Krankenkasse den Medizinischen Dienst zur Beratung des Versicherten und in Fragen der Qualitätssicherung zu Rate ziehen kann.

Entsprechend den Anregungen des Bundesrates und des Bundesbeauftragten für den Datenschutz werden Art, Umfang und Verwendungszweck personenbezogener Daten beim Medizinischen Dienst sowie die Weitergabe von Unterlagen, die der Versicherte freiwillig der Krankenkasse überlassen hat, an den Medizinischen Dienst geregelt.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN lehnen das Neunte Kapitel ab. Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN beantragen die Streichung der §§ 283 bis 291.

Für die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN ist der Medizinische Dienst nach seiner derzeitig im Gesundheits-Reformgesetz vorgegebenen Ausgestaltung eher eine Oberkontrollbehörde bzw. Gesundheitsbehörde, die in erster Linie der Patientinnen- und Patientenkontrolle diene. Hingegen sollten nach Ansicht der Mitglieder der Fraktion der SPD die Aufgaben des Medizinischen Dienstes im Bereich der Qualitätskontrolle bzw. der Entwicklung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien sowie einer ausreichenden Kontrolle der Leistungsanbieter und der Unterstützung der Kassen bei Vertragsverhandlungen stärker ausgebaut werden. Bezüglich der Verpflichtung von externen Gutachterinnen und Gutachtern stelle sich die Frage nach deren Loyalitätsproblemen. Darüber hinaus sei keinesfalls gesichert, daß Ärztinnen und Ärzte mit der entsprechenden Qualifikation verpflichtet werden könnten. Auszuschließen sei letztlich nicht die Frage, ob der Medizinische Dienst nicht zu einer Hemmung des medizinisch-therapeutischen Fortschritts, z. B. im Bereich der Naturheilverfahren, führen könne.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD fordern daher einen dezentralen Medizinischen Dienst, der seine primäre Aufgabe in der Beratung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten sowie der Unterstützung der Krankenkassen mit medizinischem Sachverstand bei Vertragsverhandlungen mit Leistungserbringern sehen soll.

k) Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP halten Änderungen der Regelungen über die Transparenz und den Datenschutz in der Krankenversicherung nicht für notwendig. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Anhörungen und um die Vorschriften übersichtlicher zu gliedern, sehen ihre Änderungsanträge jedoch gegenüber dem bisherigen Gesetzentwurf eine Neufassung des Zehnten Kapitels (Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz — §§ 292 bis 312) vor.

Die Änderungen und Ergänzungen beschränken sich auf den aus datenschutzrechtlichen Gründen zwingend gebotenen gesetzlichen Regelungsbedarf. Danach ist es geboten, die Grundlagen für die Erfassung, Übermittlung, Verwertung und Löschung personenbezogener Daten gesetzlich zu regeln. Die nähere Ausgestaltung im einzelnen bleibt — wie bisher — den jeweiligen Vertragspartnern vorbehalten.

Die Erfassung, Verwendung und Übermittlung von Leistungs- und Gesundheitsdaten wird nur für die im Gesetz bezeichneten Zwecke zugelassen und im Umfang auf das für den jeweiligen Zweck unerläßliche Minimum beschränkt. Damit ist es ausgeschlossen, patientenbezogene Gesundheitsprofile und Leistungskonten zu erstellen.

Des weiteren schaffen die Vorschriften des neu gefaßten Zehnten Kapitels die Voraussetzungen dafür, daß in dem gesetzlich zugelassenen Rahmen die Möglichkeiten der automatisierten Datenverarbeitung bei der Leistungsabrechnung und zur Vorbereitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung effizienter genutzt werden können. Dies wird ermöglicht durch

- die Übermittlung der für die Leistungsabrechnung und zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung erforderlichen Angaben auf maschinell verwertbaren Datenträgern,
- die Verwendung maschinenlesbarer Kennzeichen bei verordneten Arzneimitteln,
- die Einführung einer Krankenversichertenkarte, mit der Name, Adresse und Versichertennummer auf alle Abrechnungsbelege übertragen werden können.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen davon aus, daß der laufende Mehraufwand nicht mehr als 200 Mio. DM jährlich betragen wird. Dem stehen bei den Leistungserbringern und Kassen erhebliche Einsparungen durch mögliche Rationalisierungen gegenüber.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN lehnen das Zehnte Kapitel ab. Die Mitglieder der Fraktion der SPD beantragten, §§ 299 (Krankenversichertenkarte) und 307 (Abrechnungsdaten bei Beitragsrückzahlung) zu streichen. Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN beantragten die Streichung des gesamten Zehnten Kapitels. (Vgl. zur Diskussion Gliederung VI. 2.)

l) Das Elfte Kapitel (Bußgeldvorschriften — §§ 313, 314) soll nach dem Willen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP unverändert bleiben. Die Mitlieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN lehnten das Elfte Kapitel ab.

m) Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP sprachen sich für eine im wesentlichen unveränderte Fassung der Artikel 2 bis 4 aus. Aus dem Antrag, die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie die sonstigen Hilfen in der Reichsversicherungsordnung und im Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte von 1972 zu belassen, resultieren Folgeänderungen in Artikel 2 (Erstes Buch Sozialgesetzbuch) und Artikel 3 (Viertes Buch Sozialgesetzbuch).

n) Im Zweiten Teil des Gesundheits-Reformgesetzes (Änderung weiterer Gesetze) werden auf Antrag der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP folgende Änderungen vorgenommen:

aa) Die in Artikel 5 (Reichsversicherungsordnung) vorgenommenen Änderungen sind im wesentlichen Folgeregelungen aus dem Vorschlag, die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie die sonstigen Hilfen in der Reichsversicherungsordnung zu regeln, und aus dem Vorschlag, Vorschriften über die Prüfung der Krankenkassen neu zu fassen und im Fünften Buch Sozialgesetzbuch zu regeln.

bb) Die Änderungsanträge der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP schlagen vor, die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie die sonstigen Hilfen im Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte von 1972 zu regeln. Dieses soll daher nicht außer Kraft treten, sondern entsprechend geändert werden (Artikel 5 a).

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN bezeichnen dies als eine Irreführung der Bürger/innen. Es sei in keiner Weise angemessen, die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie bei Sterilisation und legalem Schwangerschaftsabbruch als „Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte" zu bezeichnen. Auch in diesem Punkt gehe es ausschließlich um die Sicherung von Mehrheiten und nicht um inhaltlich angemessene Regelungen.

cc) Artikel 6 (Angestelltenversicherungsgesetz) bleibt inhaltlich unverändert.

dd) Artikel 7 (Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte) (KVLG 1989) bleibt mit Ausnahme der folgenden Regelungen weitgehend unverändert:

- Ehegatten von Nebenerwerbslandwirten, die wegen der Neuregelung des § 10 Abs. 1 Nr. 4 SGB V aus der Familienhilfe ausscheiden, soll es ermöglicht werden, einer landwirtschaftlichen Krankenkasse freiwillig beizutreten (§ 6 Abs. 1 Nr. 2).
- Bei Teilnahme an einer Müttergenesungskur soll Betriebs- und Haushaltshilfe gewährt werden (§ 9 Abs. 2, § 10 Abs. 1).
- Hinsichtlich des Wahlrechtes zur Gärtner-Krankenkasse soll das geltende Recht erhalten bleiben (Einfügung von § 20 a).

ee) Artikel 8 bis 11 und 13 bis 20 bleiben im wesentlichen unverändert. In Artikel 12 wird eine notwendige Übergangsvorschrift angefügt.

Die Regelungen in Artikel 15 (Knappschaftsrentenversicherungs-Neuregelungsgesetz) beziehen sich unter anderem auf die mit dem Haushaltsbegleitgesetz 1984 vorgenommene Umstellung im Finanzierungssystem der knappschaftlichen KVdR. Um Mehrbelastungen der Aktiven im Bergbau zu verhindern, wurde dort vorgesehen, daß sich die Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten für eine Übergangszeit von fünf Jahren mit jährlich 100 Mio. DM an den Kosten für die knappschaftliche KVdR beteiligt. Die Notwendigkeit

dieser Ausgleichszahlungen sollte wegen der Entlastung der GKV durch das Haushaltsbegleitgesetz 1984 nach fünf Jahren wieder entfallen. Artikel 15 sieht nun vor, diese Ausgleichszahlungen bis 1990 zu verlängern.

Für die Mitglieder der Fraktion der SPD ist diese Verlängerung der Ausgleichszahlungen keine endgültige Lösung der Probleme der knappschaftlichen Krankenversicherung. Sie halten es für dringend geboten, hier grundsätzliche Lösungsmöglichkeiten zu diskutieren und zu beschließen.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP weisen darauf hin, daß eine Nichtverlängerung der Ausgleichszahlungen unweigerlich Beitragssatzerhöhungen in der knappschaftlichen Krankenversicherung zur Folge hätte. Im übrigen vertraue man darauf, daß die Bundesknappschaft eine weitere Verlängerung über 1990 hinaus nicht anregen werde. Die Bundesknappschaft habe zugesichert, sie werde dafür Sorge tragen, daß im Sinne einer stufenweisen Regelung allein wegen des Wegfalls der 100 Mio. DM 1991 keine Beitragssatzerhöhung erforderlich sei.

Zu den Regelungen in Artikel 17 und Artikel 18 verweisen die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN auf vom Grundsatz her unterschiedliche Konzepte der ambulanten ärztlichen bzw. zahnärztlichen Versorgung.

ff) Artikel 21 (Krankenhausfinanzierungsgesetz) bleibt mit der Maßgabe folgender Änderungen im wesentlichen unverändert:

- Der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung wird in die Pflegesatzvereinbarung einbezogen (Artikel 21 Nr. 4).
- Die Regelungen zur Bundesstatistik über Krankenhäuser werden präzisiert (Artikel 21 Nr. 6).
- Artikel 21 a (Bundespflegesatzverordnung) wird zum Zwecke einer Klarstellung eingefügt.
- Einem Vorschlag des Bundesrates entsprechend entfällt die bisherige Beschränkung, wonach die Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung (Unterrichtskosten) in Ausbildungsstätten am Krankenhaus nur noch bis zum 31. Dezember 1988 in den Pflegesatz eingehen dürfen (Einfügung von Nummer 3 a in Artikel 21).

Das Gesundheits-Reformgesetz sah ursprünglich die Beibehaltung des § 17 Abs. 4 a Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vor. Es sollte verhindert werden, daß die Unterrichtskosten bei der Ausbildung insbesondere des Pflegepersonals in Krankenhäusern auf Dauer in die Berechnung der Krankenhauspflegesätze eingehen und damit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN bedauern ausdrücklich, daß die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP von dieser Regelung abrücken. Noch in den vorangegangenen Beratungen zum Gesetzentwurf des Bundesrates (Drucksache 11/1623) habe man im Ausschuß noch vor kurzem einstimmig das Begehren des Bundesrates abgelehnt. Um so erstaunlicher sei die nach Abschluß der Beratungen zu diesem Gesetzentwurf von den Mitgliedern der Fraktionen der CDU/CSU und FDP vollzogene Kehrtwendung.

Die Krankenpflegeausbildung sei Teil der normalen Berufsausbildung und falle eindeutig in den Kompetenzbereich der Länder. Es sei keinesfalls Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, Kosten irgendeiner Berufsausbildung zu finanzieren. Die Streichung des § 17 Abs. 4 a Satz 2 KHG werde daher ausdrücklich bedauert, da sie nicht nur sachfremd, sondern darüber hinaus zur Beibehaltung einer jährlichen Belastung von rund 200 Mio. DM für die gesetzliche Krankenversicherung ab 1989 führe.

gg) Artikel 22 bis 28 bleiben weitgehend unverändert. Artikel 28 a (Sozialversicherungsabkommen) soll aus Gründen der Anpassung des Rechts eingefügt werden.

hh) In Artikel 29 (Sozialgerichtsgesetz) werden auf Antrag der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP die Rechtswegzuweisung erweitert, übersichtlicher gestaltet und präzisiert (§ 51 Abs. 2 Satz 1 SGG) sowie die Regelung der örtlichen Zuständigkeit der Sozialgerichte entsprechend angepaßt (§ 57 Abs. 4, § 57 a SGG).

Die Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN beantragen, daß Artikel 29 auch die Einrichtung von Patientenschutzkammern vorsieht, die sich mit Streitigkeiten zwischen Patienten/innen und Leistungserbringern auseinanderzusetzen habe.

ii) Artikel 30 (Bundesausbildungsförderungsgesetz) bleibt im wesentlichen unverändert. In Artikel 31 (Arbeitsförderungsgesetz) werden die in Nummern 3 bis 8, 10, 12, 13, 21 bis 24 und 26 getroffenen Regelungen gestrichen, da sie in den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes und zur Förderung eines gleitenden Übergangs älterer Arbeitnehmer in den Ruhestand (Drucksache 11/2990) übernommen werden sollen. Artikel 32 bis 46 bleiben gleichfalls im wesentlichen inhaltlich unverändert. Artikel 46 a (Gesetz über die Zulassung von nach § 19 des Zahnheilkundegesetzes berechtigten Personen zur Behandlung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung) wird als

Folgeregelung eingefügt. Artikel 47 bis 52 bleiben im wesentlichen unverändert.

Im Rahmen der Beratungen des Artikels 40 (Bundessozialhilfegesetz) werden insbesondere die Auswirkungen erörtert, die die Leistungsausgrenzungen im Gesundheits-Reformgesetz für die Träger der Sozialhilfe mit sich bringen können. Zu diesem Punkt wird auf die Ausführungen zur Sterbegeldregelung verwiesen. Bezüglich der Regelung in Artikel 1 § 73 zur Beitragsrückgewähr teilten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP mit, daß die Beitragsrückzahlung dem Versicherten zustehen solle, da sonst keine Anreizwirkung, wie mit der Vorschrift beabsichtigt, bestehe.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN machen an diesem Punkt nochmals darauf aufmerksam, daß die Beitragsrückgewähr gesundheitspolitisch unzuträgliche Folgeerscheinungen mit sich bringen könne, wenn einkommensschwache Bevölkerungsgruppen auf die Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung verzichteten, weil sie sich gezwungen sähen, ihr Einkommen durch die Beitragsrückzahlung aufzubessern.

o) Im Dritten Teil des Gesetzentwurfes (Überleitungs- und Schlußvorschriften — Artikel 53 bis 70) werden auf Antrag der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP folgende wesentliche Änderungen vorgenommen:

- Alle Personen, die am 31. Dezember 1988 in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert sind, erhalten ein einmaliges Befreiungsrecht. Die Befreiung muß bis zum 30. Juni 1989 beantragt werden (Artikel 53 Abs. 4).
- Altfälle kieferorthopädischer Behandlung, bei denen die Krankenkasse vor dem 27. April 1988 über den Anspruch entschieden hat, werden in die Übergangsregelung zur Versorgung mit Zahnersatz einbezogen (Änderung von Artikel 55).
- Krankenkassen, die aufgrund ihrer Satzung und in rechtlich zulässiger Weise Kostenerstattung durchführen, sollen dies auch nach dem 31. Dezember 1988 können (Einfügung von Artikel 55 a).
- Die Frist, innerhalb der die Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung ihre Rücklage auf das in § 270 Abs. 2 SGB V vorgeschriebene Soll aufzufüllen hat, wird um fünf Jahre bis zum 31. Dezember 1998 verlängert (Artikel 66).
- Als Folgeregelung zur Neuregelung der Prüfung der Krankenkassen soll eine Regelung zum Übergang der Prüfdienste bei den Landesversicherungsanstalten auf die Länder vorgesehen werden (Einfügung von Artikel 67 a).
- Der Übergang der Trägerschaft an bislang durch Landesversicherungsanstalten betriebenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung auf Krankenkassen oder deren Verbände zum 1. Januar 1990 wird geregelt (Einfügung von Artikel 67 b).

Einzelne Überleitungs- und Schlußvorschriften sind im Ausschuß Gegenstand intensiver Erörterungen gewesen.

Die Regelung des Artikels 55 (Kieferorthopädische Behandlung und Versorgung mit Zahnersatz) wird besonders eingehend und kontrovers diskutiert. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP führen aus, daß es sich bei den einschränkenden Regelungen zum Zahnersatz und zur kieferorthopädischen Behandlung um in die Zukunft gerichtete Eingriffe in bisherige Rechtspositionen, also um eine unechte Rückwirkung handele. Für im Jahre 1988 erbrachte Leistungen gelte das bisherige Recht, eine Teilkostenabrechnung über die bis zum 31. Dezember 1988 erbrachten Leistungen sei zulässig. Für ab 1. Januar 1989 erbrachte Leistungen solle das künftige Recht gelten. Ein rückwirkender Eingriff in einen abgeschlossenen Sachverhalt (echte Rückwirkung) wäre erst gegeben, wenn auf im Jahre 1988 erbrachte Leistungen das ab 1. Januar 1989 geltende Recht anzuwenden sei.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN weisen darauf hin, daß die Einzelleistungsvergütung im Rahmen einer Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes nicht üblich sei. Generell erfolge derzeit die Abrechnung, wenn die Leistungen insgesamt abgeschlossen seien.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP halten es dennoch für möglich, Zäsuren innerhalb einer Behandlung zu setzen, d. h. die jeweils erbrachten Leistungen der Behandlungszeit bis zum 31. Dezember 1988 und der Behandlungszeit danach zuzurechnen und entsprechend getrennt abzurechnen. Die Aufzeichnung der an den einzelnen Behandlungstagen erbrachten Leistungen gehört zu den zahnärztlichen Pflichten (vgl. Artikel 1 § 303 Abs. 1 Nr. 1). Die Zahnärzte haben aufgrund des Behandlungsvertrages gegenüber den Versicherten die Nebenpflicht, die bis zum 31. Dezember 1988 erbrachten Leistungen getrennt aufzuführen und zu berechnen, da diese Angaben zur Wahrnehmung der den Versicherten nach dem bisherigen Recht zustehenden Ansprüche benötigt werden, soweit die Voraussetzungen des Artikels 55 im Einzelfall nicht vorliegen.

Besonders bedenklich ist es nach Ansicht der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN, daß aus der Regelung des Artikels 55 ein erheblicher Arbeitsdruck auf Ärztinnen und Ärzte sowie Zahntechniker folge. Alle Patientinnen und Patienten würden darauf drängen, daß ihre Behandlung noch in diesem Jahr abgeschlossen werde. Das habe nicht nur Konsequenzen für die Qualität der Arbeit. Implizit sei dies auch eine Aufforderung zum Betrug. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP halten es demgegenüber für unwahrscheinlich, daß Qualitätseinbußen

auftreten werden. Sie weisen darauf hin, daß bei Reklamationen die Zahntechniker regreßpflichtig seien.

Eine Änderung des Artikels 55 in dem Sinne, daß alle in diesem Jahr begonnenen Leistungen nach altem Recht abgerechnet würden, betrachten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP als mit dem Vertrauensschutz der Versicherten unvereinbar. Alle diejenigen Versicherten, die auf einen Antrag in der zweiten Hälfte dieses Jahres verzichtet hätten, müßten sich getäuscht fühlen. Darüber hinaus sei die Regelung in Artikel 55 wegen des überwiegenden öffentlichen Interesses an der Finanzierbarkeit und damit Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gerechtfertigt. Dem Vertrauensschutz der Versicherten werde durch die Übergangsvorschrift Rechnung getragen. Denn für langwierige Behandlungen, über die schon vor Verabschiedung des Regierungsentwurfs durch das Bundeskabinett entschieden worden sei, gelte das bisherige Recht über den 31. Dezember 1988 hinaus.

Ähnlich kontrovers wird die Regelung des Artikels 55a zur Kostenerstattung nach § 13 SGB V diskutiert. Für Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN ist dies eine Regelung zugunsten der Ersatzkassen. Nur denjenigen Kassen, die bisher schon nach der Satzung zulässigerweise Kostenerstattung durchgeführt hätten, werde mit dieser Übergangsregelung das Recht gegeben, diese Kostenerstattung fortzuführen. Den übrigen Krankenkassenarten wäre Kostenerstattung nur über die Erprobungsregelung in § 72 SGB V möglich.

Die Übergangsregelung werde dazu führen, daß einzelne Krankenkassen nach wie vor für ihre freiwillig Versicherten die Kosten privatärztlicher Behandlung erstatten könnten. Über diese wettbewerbsverzerrende Ungleichbehandlung hinaus eröffne Artikel 55a die Möglichkeit, Kosten zu erstatten, die durch das Gesundheits-Reformgesetz aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen werden. Dies gelte z. B. für Behandlungskosten bei Auslandsaufenthalt, die nach § 16 SGB V nicht mehr übernommen werden sollen. Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN sprachen sich grundsätzlich dafür aus, Artikel 55a aus dem Gesundheits-Reformgesetz zu streichen. Für den Fall seiner Beibehaltung forderten sie mindestens die Gleichbehandlung aller Kassenarten. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP halten aus politischen Gründen an dieser Regelung fest.

Der Ausschuß nimmt zur Kenntnis, daß die nunmehr in Artikel 68a vorgesehene Regelung über Verweisungen und Bezeichnungen in anderen Vorschriften zu Absatz 1 notwendig und zu Absatz 2 zweckmäßig ist und Regelungen in anderen Gesetzen inhaltlich entspricht. Ursprünglich war vorgesehen, daß der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zwar ermächtigt, jedoch nicht verpflichtet wird, den Wortlaut der Bestimmungen und Bezeichnungen bekanntzumachen, die nach Maßgabe des Artikels 68 a Abs. 1 an die Stelle der bisherigen Bestimmungen und Bezeichnungen treten. Während der Beratungen des Ausschusses wird Artikel 68a Abs. 2 dahin gehend geändert, daß der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zur Bekanntgabe verpflichtet ist.

Außerdem war vorgesehen, daß Artikel 68a Abs. 2 den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung ermächtigt, die Anpassung der Verweisungen und Bezeichnungen nach Maßgabe des Absatzes 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates vorzunehmen und dabei offenbare Unrichtigkeiten, die Angabe von Gesetzen oder Verordnungen, Unstimmigkeiten des Wortlauts und der Zeichensetzung sowie uneinheitlichen Sprachgebrauch zu berichtigen. Diese Regelung wurde vom Ausschuß abgelehnt.

p) Nach dem Willen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP bleibt Artikel 70 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten) im wesentlichen unverändert. Am Inkrafttreten zum 1. Januar 1989 soll grundsätzlich festgehalten werden. Einige Vorschriften sollen erst nach dem 1. Januar 1989 in Kraft treten.

VII. Finanzielle Auswirkungen

Die von den Mitgliedern der Fraktionen der CDU/CSU und FDP vorgeschlagenen Änderungen führen zu Änderungen bei den finanziellen Auswirkungen der Reform. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen davon aus, daß 1992, nach voller Wirksamkeit aller Maßnahmen, Einsparungen von rd. 13,8 Mrd. DM erzielbar sind. Hiervon werden rd. 6,6 Mrd. DM für neue Leistungen verwendet; rd. 7,2 Mrd. DM stehen für Entlastungen der Versicherten (auch durch Wegfall von Zuzahlungen) und der Arbeitgeber zur Verfügung.

Im einzelnen stellen sich für 1992 die finanziellen Auswirkungen nunmehr wie folgt dar:

1. Entlastungen

   Die vorgesehenen Maßnahmen sollen die Beitragszahler um rd. 7 Mrd. DM entlasten:

   a) Entlastung der Versicherten

aa) Beitragssatzsenkungen für die Aktivversicherten	ca.	3 170 Mio. DM
bb) Neugestaltung von Härtefallregelungen		150 Mio. DM
cc) Wegfall von Zuzahlungen		
– Arzneimittel (soweit auf Festbeträge umgestellt wird)		600 Mio. DM
– Brillen		90 Mio. DM
	ca.	4 010 Mio. DM

   b) Entlastung der Arbeitgeber Beitragssatzsenkungen ca. 3 170 Mio. DM

Gesamtvolumen der Entlastungen ca. 7 180 Mio. DM

2. Neue Leistungen, die Versicherten und Leistungserbringern zugute kommen:

   a) Zahnärztliche Gruppenprophylaxe 200 Mio. DM

   b) Gesundheitsuntersuchungen 200 Mio. DM

   c) Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen 320 Mio. DM

   d) Neue Leistungen bei häuslicher Pflege 5 100 Mio. DM

   e) Bonus bei Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgemaßnahmen 800 Mio. DM

   f) Beitragsrückzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen nicht quantifizierbar

   Gesamtkosten der neuen Leistungen ca. 6 620 Mio. DM

   Summe der Entlastungen (1) und neuen Leistungen (2) insgesamt ca. 13 800 Mio. DM

3. Geschätzes Einsparvolumen der einzelnen Maßnahmen:

   a) Festbeträge bei Arzneimitteln 1 950 Mio. DM

   b) Übergangsweise Erhöhung der Zuzahlung von 2 auf 3 DM bei Arzneimitteln (ab 1992: prozentuale Zuzahlung) 100 Mio. DM

   c) Ausschluß unwirtschaftlicher Arzneimittel durch Rechtsverordnung 300 Mio. DM

   d) 10 v.H. Zuzahlung bei Heilmitteln 100 Mio. DM

   e) Wegfall des Anspruchs auf neue Brille alle drei Jahre bei gleichbleibender Sehfähigkeit 200 Mio. DM

   f) Festbeträge für Brillen 760 Mio. DM

   g) Festbeträge für Kontaktlinsen 45 Mio. DM

   h) Ausschluß medizinisch nicht notwendiger Heilmittel 50 Mio. DM

   i) Festbeträge für Hilfsmittel 110 Mio. DM

   j) Festbeträge für Hörgeräte 170 Mio. DM

   k) Ausschluß von Bagatellhilfsmitteln 230 Mio. DM

   l) Erhöhung der Zuzahlungen beim Zahnersatz, Neugestaltung der Zahnersatzleistungen 2 350 Mio. DM

   m) Kieferorthopädie

      aa) Einschränkungen nach zahnmedizinischen Gesichtspunkten 200 Mio. DM

      bb) Selbstbehalt bei Abbruch der Behandlung 40 Mio. DM

   n) Beschränkung der Zuschüsse zu den Kosten für Unterbringung und Verpflegung bei offenen Badekuren auf 15 DM pro Tag 165 Mio. DM

   o) Einschränkungen bei den Fahrkosten 580 Mio. DM

   p) Einschränkung der Kostenübernahme von medizinischen Behandlungen im Ausland 40 Mio. DM

   q) Wegfall des Sterbegeldes mit Übergangsregelung 910 Mio. DM

   r) Übernahme der Kosten für Arbeitsunfälle durch die Unfallversicherung rd. 100 Mio. DM

   s) Erhöhung der Zuzahlung bei stationärer Behandlung von 5 DM auf 10 DM für 14 Tage (ab 1991) 270 Mio. DM

   t) Struktureffekte:

      aa) ambulanter Bereich rd. 2 100 Mio. DM

      bb) Krankenhaus rd. 1 570 Mio. DM

Einsparvolumen der Maßnahmen zu 3.: 12 340 Mio. DM

4. Mehreinnahmen

   Krankenversicherung der Rentner: Anpassung des Beitragssatzes an die Höhe des durchschnittlichen Beitragssatzes der GKV ab 1. Juli 1989 1 650 Mio. DM

5. Mindereinnahmen

   Einführung der Versicherungspflichtgrenze bei Arbeitern (Nettoeffekt) (./.) 190 Mio. DM

   Einsparungen insgesamt (Summe aus den Maßnahmen zu 3. bis 5.): 13 800 Mio. DM

Geringfügige finanzielle Auswirkungen ergeben sich durch die von den Mitgliedern der Fraktionen der CDU/CSU und FDP eingebrachten Änderungsanträge auch auf den Bundeshaushalt: Für das Jahr 1992 ergibt sich bei den Aufwendungen nach dem Bundesversorgungsgesetz eine Netto-Entlastung von 8 Mio. DM.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN verzichten bewußt auf Berechnungen zu den finanziellen Folgewirkungen ihrer Reformvorschläge. Ein Gesundheits-Reformgesetz müsse in erster Linie auf die inhaltliche Umgestaltung des Gesundheitswesens abzielen. Es gehe darum, eine den gesundheitlichen Problemlagen der Bevölkerung entsprechende Versorgung zu garantieren. Finanzielle Konsequenzen, gerade auch Einsparungen, seien durchaus möglich, da eine problemadäquate Versorgung implizit immer zu Effizienzverbesserungen

führe. Zu mehr als einer solchen Trendaussage lasse man sich jedoch nicht hinreißen, da jede Quantifizierung, auch die von den Mitgliedern der Fraktionen der CDU/CSU und FDP durchgeführte Schätzung, willkürlich sei.

VIII. Weitere Vorlagen

a) *Antrag der Abgeordneten Dreßler, Fuchs (Köln), Egert ... und der Fraktion der SPD*
— Drucksache 11/2500 —

Die Mitglieder der Fraktion der SPD sprechen sich für die Annahme ihres Antrags aus, da das Gesundheits-Reformgesetz die erforderlichen strukturellen Veränderungen vermissen lasse und in weitem Umfang zur einseitigen Belastung der Beitragszahler, der Kranken und Schwachen führe. Die damit vorprogrammierte Entsolidarisierung des Gesundheitswesens müsse verhindert werden.

Nach Auffassung der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP ist der Antrag dagegen nicht geeignet, eine leistungsfähige gesundheitliche Versorgung zu sichern und ein freiheitliches und pluralistisches Gesundheitswesen zu erhalten und den Zuwachs bei den Ausgaben der Krankenversicherung auf ein gesamtwirtschaftlich vertretbares Maß zu begrenzen. Die Mitglieder der Fraktion der SPD teilen in der Schlußabstimmung über den Antrag die Auffassung, daß er sich erledigt habe, nachdem der Ausschuß mit der Mehrheit das Gesundheits-Reformgesetz angenommen habe. Trotz Fortbestehens der inhaltlichen Ablehnung dieses Gesetzes sei die Erklärung der Antrag habe sich erledigt, die formal richtige Entscheidung.

b) *Gesetzentwurf des Bundesrates*
— Drucksache 11/280 —

Der Ausschuß schließt sich einmütig der Auffassung an, daß der Gesetzentwurf mit Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes erledigt sei. Im übrigen wird auf die Ausführungen zu Artikel 1 § 125 verwiesen.

c) *Gesetzentwurf des Bundesrates*
– Drucksache 11/1623 —

Bei seinen Beratungen ruft der Ausschuß in Erinnerung, daß die Finanzierung des theoretischen Teils der Ausbildung (Unterrichtskosten) insbesondere der Krankenpflegeberufe seit Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 diskutiert worden sei. Bei allen Novellierungen des Gesetzes sei es zu aufschiebenden Übergangsregelungen gekommen.

Alle im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien hätten immer wieder betont, daß diesem unbefriedigenden Zustand durch eine dauerhafte Lösung abgeholfen werden müsse. Einmütig schließt sich der Ausschuß der Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Gesetzentwurf an und betont erneut, daß sowohl bei der Verabschiedung des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes 1981 wie auch bei der des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes 1984 zwischen allen Beteiligten unter Einschluß der Länder Einigkeit darüber bestanden habe, daß ab 1. Januar 1989 die Länder die Finanzierungslast zu tragen hätten. Das Abrücken der Länder von dem damaligen Konsens stößt auf das Befremden des Ausschusses.

Der Ausschuß unterstreicht die Feststellung, daß die Krankenpflegeausbildung ebenso wie die anderen Berufsausbildungen in Ausbildungsstätten an Krankenhäusern Teil der normalen Berufsausbildung sei, die in den Kompetenzbereich der Länder falle. In der Tat spreche der Gesetzentwurf selbst sowohl im Vorblatt wie auch in der Begründung von der Ausbildung im Beruf. Es gehe nicht an, daß die Länder einerseits auf ihrer Kompetenz zur Regelung der Berufsausbildung beharrten und andererseits versuchten, die damit verbundenen Kosten auf andere abzuwälzen.

Der Ausschuß ist der Auffassung, daß die Länder versuchten, die nunmehr eingetretene drängende Terminlage als Druckmittel einzusetzen und die bei den Betroffenen um sich greifende Verunsicherung zu ihren Gunsten zu nutzen. Der Konflikt dürfe keinesfalls zu Lasten der Betroffenen ausgetragen werden. Der Ausschuß steht einmütig hinter der Meinung der Bundesregierung, daß die Länder ausreichend Zeit gehabt hätten, die erforderlichen Anschlußregelungen zu treffen, um die Krankenhausträger nicht in Schwierigkeiten geraten zu lassen. Der Ausschuß erwartet von den Ländern, daß sie eine dem Prinzip der Kulturhoheit entsprechende sachgerechte Lösung finden. Keinesfalls sei es Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, Kosten irgendeiner Berufsausbildung zu finanzieren. Die 1972 als Übergangsmodus getroffene Regelung sei aus Kulanz erfolgt und wäre besser unterblieben.

Wenngleich vor dem Hintergrund der Entwicklung der Länderfinanzen vereinzelt Verständnis für das Begehren des Bundesrates gezeigt werde, weist der Ausschuß mit Entschiedenheit die vom Beauftragten des Bundesrates vorgetragene Auffassung zurück. Dieser hatte für die Bundesländer die Meinung vorgetragen, daß weder 1981 noch 1984 ein Konsens bestanden habe, ab 1. Januar 1989 die Finanzierung den Ländern zu übertragen. Außerdem sei die Krankenpflegeausbildung eine zwischen dualem System und schulischer Ausbildung angesiedelte Ausbildung eigener Art, die nicht in den Verantwortungsbereich der Länder falle.

Im Verlauf der weiteren Beratungen zum GRG beschließt der Ausschuß mit der Mehrheit der Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Fraktion DIE GRÜNEN, § 17 Abs. 4a Satz 2 KHG zu streichen (vgl. hierzu die Ausführungen zu Artikel 21 Nr. 3 a, S. 129).

Der Ausschuß ist trotz fortbestehender unterschiedlicher Auffassung über die Entscheidung zu § 17 Abs. 4 a Satz 2 KHG einmütig der Auffassung, daß sich mit der Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes der Gesetzentwurf des Bundesrates erledigt habe.

B. Besonderer Teil

Zur Begründung der einzelnen Vorschriften wird — soweit sie im Verlauf der Ausschußberatungen nicht geändert oder ergänzt wurden — im wesentlichen auf den Gesetzentwurf — Drucksachen 11/2237 und 11/2493 — verwiesen. Hinsichtlich der vom Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung geänderten oder neu eingefügten Vorschriften ist folgendes zu bemerken:

I. Zum Ersten Teil — Ergänzung und Änderung des Sozialgesetzbuchs

Zu Artikel 1 — Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

Zu § 2 — Leistungen

Absatz 1

Die Änderung stellt klar, daß die Ausrichtung der Gesundheitsleistungen am allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse die Leistungen der besonderen Therapierichtungen nicht ausschließt. Der besonderen Wirkungsweise der Mittel und Methoden der Naturheilkunde und der Vielfalt der therapeutischen Ansätze ist dabei unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Qualitätssicherung Rechnung zu tragen; allerdings wird den besonderen Therapierichtungen auch keine Sonderstellung eingeräumt.

Zu § 5 — Versicherungspflicht

Absatz 1

Die Ergänzung in Nummer 10 bezieht bestimmte Auszubildende des Zweiten Bildungsweges (z. B. Schüler von Abendhauptschulen, Abendrealschulen, Abendgymnasien und Kollegiaten) in die für Praktikanten geltende Regelung ein. Sie sind diesen Personen nicht nur bei der Versicherungspflicht, sondern auch im Hinblick auf andere für Praktikanten geltende Regelungen des Zweiten Kapitels sowie des Mitgliedschafts-, Beitrags- und Melderechts gleichgestellt und deshalb entsprechend zu behandeln.

Zu § 6 — Versicherungsfreiheit

Absatz 1 a

Die in den Nummern 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, da sie im Krankheitsfalle Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bzw. Anspruch auf Heilfürsorge haben. Es ist konsequent, auch Hinterbliebene, die von diesen Personen einen Rentenanspruch ableiten, insoweit von der Krankenversicherung der Rentner freizustellen.

Absatz 2

Die ergänzende Bezugnahme auf Absatz 1 a stellt klar, daß die Regelung über die generelle Versicherungsfreiheit in Satz 1 auf die im neuen Absatz 1 a genannten Hinterbliebenen nicht anzuwenden ist, soweit sie nicht unter Absatz 1 fallen, sondern nur infolge ihres abgeleiteten Rentenanspruchs versicherungsfrei sind.

Zu § 10 — Familienversicherung

Absatz 1

Es wird davon ausgegangen, daß die Ehegatten von Nebenerwerbslandwirten durch die Bewirtschaftung des landwirtschaftlichen Anwesens in der Regel nicht aus der Familienversicherung ausscheiden. Nach den Zahlen des neuesten Agrarberichts verwendet die Nebenerwerbsbäuerin die überwiegende Arbeitszeit auf die Haushaltsführung. Die landwirtschaftliche Betriebstätigkeit führt deshalb im Regelfall nicht dazu, daß die Nebenerwerbsbäuerin als hauptberuflich selbständig erwerbstätig im Sinne von Nummer 4 angesehen werden kann.

Die Änderung in Nummer 5 ersetzt die Einnahmen zum Lebensunterhalt durch den Begriff des Gesamteinkommens (§ 16 SGB IV). Dies soll bewirken, daß insbesondere der Bezug steuerfreier Sozialleistungen nicht zum Ausscheiden aus der Familienversicherung führen kann.

Um unbillige Ergebnisse zu vermeiden, wird bei Renten nicht der Ertragsanteil (§ 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a EStG 1987), sondern der Zahlbetrag berücksichtigt.

Zu § 11 — Leistungsarten

Absatz 1 Nr. 6

Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sollen in der Reichsversicherungsordnung und im Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte geregelt bleiben. Das gleiche gilt für die darauf Bezug nehmenden Vorschriften in beiden Gesetzen.

Absatz 1 Nr. 7

Die Leistungen zur Empfängnisregelung und bei Abbruch der Schwangerschaft („Sonstige Hilfen" nach geltendem Recht) sollen in der Reichsversicherungsordnung (§§ 200 e bis 200 g) und im Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (§§ 31a bis 31c) geregelt bleiben. Das gleiche gilt für die darauf Bezug nehmenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (§ 179 Abs. 1 Nr. 4, § 368 Abs. 2 Satz 4, § 368 n Abs. 6 Satz 1, § 368 p Abs. 6 Satz 1) und des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (§ 7 Nr. 4, § 74 Abs. 1).

Absatz 1 Satz 2

Die Regelung über das Sterbegeld wird aus dem Übergangsrecht (Artikel 56 des Regierungsentwurfs) herausgenommen und in das SGB V eingefügt, da die Neufassung der Vorschrift allen am 1. Januar 1989 Versicherten einen Anspruch auf Sterbegeld gibt, wenn sie bei ihrem Tod in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, und damit noch sehr lange als Anspruchsgrundlage dienen wird.

Absatz 2 a

Die Ergänzung stellt klar, daß die stationäre Behandlung (z.B. im Krankenhaus oder in einer Vorsorgeoder Rehabilitationseinrichtung) auch die Mitaufnahme einer Begleitperson umfassen kann (vgl. § 2 Abs. 2 Bundespflegesatz-Verordnung). Eine Erweiterung des geltenden Rechts ist damit nicht beabsichtigt.

Zu § 12 — Wirtschaftlichkeitsgebot

Die Neufassung des Absatzes 1 verdeutlicht das Wirtschaftlichkeitsgebot des geltenden Rechts (vgl. § 182 Abs. 2 und § 368 e Satz 1 und 2 RVO) und stellt klar, daß das Wirtschaftlichkeitsgebot auch für alle Leistungserbringer gilt.

Zu § 15 — Ärztliche Behandlung, Krankenversichertenkarte

Absatz 1

Die Neufassung stellt klar, daß Leistungen der Krankenkasse nur durch Ärzte oder Zahnärzte erbracht werden dürfen, Leistungen von Heil-Hilfspersonen nur auf ärztliche Anordnung. Dies ist von besonderer Bedeutung, wenn die Krankenkasse die Leistung im Wege der Kostenerstattung erbringt. Das Abgehen von der Sachleistung erlaubt nicht, daß auf die Veranlassung der Leistung allein durch den Arzt verzichtet werden darf.

Absätze 2, 3 und 5

Die Regelungen berücksichtigen, daß der herkömmliche Kranken- bzw. Berechtigungsschein durch die Krankenversichertenkarte abgelöst werden soll.

Absatz 4

Die Vorschrift trägt dem Datenschutz Rechnung und ist an § 299 Abs. 2 angepaßt. Dies entspricht auch einem Anliegen des Bundesrates.

Zu § 17 — Leistungen bei Beschäftigung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs

Absatz 1

Die Ergänzung stellt sicher, daß familienversicherte Angehörige, die den im Ausland beschäftigten Versicherten begleiten oder ihn besuchen und dabei erkranken, bei der Übernahme der Krankheitskosten so behandelt werden wie der Arbeitnehmer selbst. Eine Erstattung von Aufwendungen im Krankheitsfall durch die Krankenkasse unmittelbar ist nicht zulässig.

Zu § 20 — Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung

Die Neufassung der Vorschrift soll die Rolle der Krankenkassen bei der Primär- und Sekundärprävention verstärken. Sie bezieht deshalb die Krankheitsverhütung ausdrücklich in den Aufgabenkatalog ein.

Absatz 1

Die Krankenkassen werden zu allgemeinen, nicht auf einen bestimmten Versicherten bezogenen Präventionsmaßnahmen verpflichtet. Diese können auch — wie bereits jetzt — in Zuwendungen zur Durchführung konkreter präventiver Maßnahmen an gesundheitsfördernde Einrichtungen bestehen. Soweit Krankenkassen schon bisher durch Mitgliederzeitschriften oder durch Auslegen oder Verteilen von Broschüren o. ä. Versicherte aufgeklärt und beraten haben, ist dies auch in Zukunft möglich.

Absatz 1 a

Die Vorschrift soll arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verhüten und frühzeitig bekämpfen helfen. Die Bedingungen in der Arbeitsumwelt sind wesentliche Einflußfaktoren für die Erhaltung der Gesundheit. Die Krankenkassen sollen deshalb bei der Früherkennung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken.

Die Zusammenarbeits- und die Unterrichtungspflicht tritt an die Stelle der bisherigen Auskunftspflicht gegenüber den Gewerbeaufsichtsämtern nach § 343 RVO.

Absatz 2

Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, in der Satzung Ermessensleistungen vorzusehen und das Nähere dazu festzulegen. Die Ermessensleistungen können auch in Form von Zuschüssen oder durch Kurse für Risikogruppen erbracht werden. Eine Erweiterung des Katalogs oder Umfangs der bereits in den §§ 21 ff. vorgesehenen Leistungen (z.B. bei der Zahnprophylaxe oder bei Kuren) im Rahmen der Sat-

zungsermächtigung des Absatzes 2 ist — entsprechend den Grundsätzen des geltenden Rechts — nicht zulässig.

Absatz 3

Die Krankenkassen werden aufgefordert, insbesondere nicht auf einzelne Versicherte bezogene Maßnahmen auf Landesebene kassenartenübergreifend und gemeinsam zu regeln sowie deren Finanzierung durch Rahmenvereinbarungen festzulegen. Dies ermöglicht es auch, die in den Ländern jeweils bestehenden besonderen Verhältnisse zu berücksichtigen. Die Ergänzung entspricht auch einem Anliegen des Bundesrates. Die Rahmenvereinbarungen sollen von den betreffenden Mitgliedskassen beachtet werden, auch wenn keine ausdrückliche gesetzliche Verpflichtung dafür besteht.

Absatz 4

Die Vorschrift wurde um den Hinweis auf die Krankheitsverhütung erweitert.

Zu § 21 — Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

Eine Gruppenprophylaxe bis zum 12. Lebensjahr reicht aus, um die für die Zahnentwicklung erforderlichen Maßnahmen durchzuführen.

Die Neufassung berücksichtigt auch, daß Leistungen der zahngesundheitlichen Gruppenprophylaxe nur einheitlich und gemeinsam erbracht werden können und sieht daher die Verpflichtung zum Abschluß von gemeinsamen Vereinbarungen vor. Dabei sind die Zahnärzte anzuhören. Die Neufassung entspricht auch einem Anliegen des Bundesrates.

Die Rahmenvereinbarungen und -empfehlungen sollen von den Krankenkassen beachtet werden, auch wenn keine ausdrückliche gesetzliche Verpflichtung dafür besteht.

Zu § 24 — Vorsorgekuren für Mütter

Die geänderte Überschrift verdeutlicht den Inhalt der Vorschrift.

Absatz 1

Die Änderungen behandeln die Vorsorgekur für Mütter als eine Gesamtleistung eigener Art und unterscheiden nicht nach medizinischen Leistungen und übrigen Kosten. Sie ermöglichen dadurch die Beibehaltung der derzeitigen Praxis, die Kosten in voller Höhe zu übernehmen oder einen Zuschuß zu zahlen. Der Zuschuß kann in einem festen Betrag oder in einem Vomhundertsatz der Kosten bestehen. Der Anspruch ist nicht davon abhängig, daß die Voraussetzungen des § 119 vorliegen.

Absatz 2

Die Änderungen bewirken, daß bei einer von der Krankenkasse vollfinanzierten Vorsorgekur, die einer Leistung nach § 23 Abs. 4 vergleichbar ist, eine Zuzahlung von 10 DM täglich zu leisten ist. Mit der Zusammenfassung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes in § 283 ist der Hinweis auf die Prüfung der Notwendigkeit einer Vorsorgekur für Mütter durch den Medizinischen Dienst entfallen.

Zu § 25 — Gesundheitsuntersuchungen

Absatz 4

Die Neufassung ermöglicht dem Bundesausschuß eine flexiblere Ausgestaltung der Richtlinien für Personengruppen, bei denen aus medizinischen Gründen eine andere Altersgruppe und/oder Häufigkeit bei dem Angebot von Früherkennungsuntersuchungen sinnvoll ist.

Zu § 27 — Krankenbehandlung

Das Krankenversicherungsrecht unterscheidet nicht zwischen körperlich und psychisch Kranken. Bei der Umsetzung des Leistungsanspruchs werden die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker insbesondere in den genannten Leistungsbereichen oft nicht ausreichend berücksichtigt. Die Einfügung des Satzes 3 soll dazu beitragen, die Situation der psychisch Kranken zu verbessern.

Zu § 29 — Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung

Absatz 1

Die Änderungen mindern die Vorleistung des Versicherten und damit seine Belastung. Ein vom Versicherten vorläufig zu tragender Anteil von 20 v.H. erscheint ausreichend, um Behandlungsabbrüchen entgegenzuwirken. Die Regelung in Satz 2 vermeidet eine finanzielle Überforderung von Familien mit mehreren Kindern, die im selben Zeitraum kieferorthopädisch behandelt werden. Beide Änderungen entsprechen auch einem Anliegen des Bundesrates.

Im übrigen wird davon ausgegangen, daß dem Versicherten wegen des von ihm vorläufig zu tragenden Behandlungskostenanteils keine unzumutbaren Zahlungsbedingungen gestellt werden. Es bleibt dem Versicherten unbenommen, mit seiner Krankenkasse zu vereinbaren, daß der von ihr zu erstattende Kostenanteil direkt an den Zahnarzt gezahlt wird. Falls Versicherte nicht widersprechen, kann die Krankenkasse sogar davon ausgehen, daß dieses vereinfachte Zahlungsverfahren im Interesse des Versicherten liegt.

Zu den auch bei Kostenerstattung im Rahmen der kassen- und vertragszahnärztlichen Versorgung bestehenden Pflichten der Kassen und Vertragszahnärzte

wird auf die Begründung zu § 96, letzter Absatz, verwiesen.

Zur Klarstellung wird darauf hingewiesen, daß kieferorthopädische Behandlungen bei Erwachsenen nicht ausgeschlossen sein sollen, wenn es sich z.B. um Behandlungen handelt, die für die Versorgung mit Zahnersatz unentbehrlich sind. Maßnahmen zum Schließen einer Gebißlücke sollen nur dann ausgeschlossen sein, wenn es sich um eine „geringfügige" Gebißlücke handelt.

Zu § 30 — Kostenerstattung bei Zahnersatz

Absätze 1 und 2

Die Regelungen enthalten redaktionelle Klarstellungen. Absatz 2 letzter Satz entspricht einem Vorschlag des Bundesrates. Es wird davon ausgegangen, daß die Kostenerstattung nicht dazu führt, daß dem Versicherten wegen des von ihm zu tragenden Kostenanteils unzumutbare Zahlungsbedingungen auferlegt werden. Es bleibt dem Versicherten unbenommen, mit seiner Krankenkasse zu vereinbaren, daß der von ihr zu erstattende Kostenanteil direkt an den Zahnarzt gezahlt wird. Falls Versicherte nicht widersprechen, kann die Krankenkasse sogar davon ausgehen, daß dieses vereinfachte Zahlungsverfahren im Interesse des Versicherten liegt.

Auf die Ausführungen zu § 96 zu den auch bei Kostenerstattung bestehenden Pflichten der Kassen- und Vertragszahnärzte wird verwiesen.

Absatz 3

Es wird klargestellt, daß der Durchschnitt der Jahre 1986 und 1987 zugrunde zu legen ist, weil für diese Jahre bereits Leistungsstrukturstatistiken vorliegen und die Leistungsmenge nicht durch Ankündigungseffekte des Gesundheits-Reformgesetzes erhöht ist. In den Jahren nach 1990 können die Zuschüsse aufgrund der Vergütungsvereinbarungen der Vertragspartner angepaßt werden.

Absatz 4

Die Änderung stellt sicher, daß in der Rechtsverordnung auch andere Zuschußhöhen oder Festzuschüsse festgelegt werden können.

Absatz 5

Nach der Neufassung wird der Zuschuß zum Zahnersatz als Bonusregelung in Erwartung eigener Bemühungen des Versicherten um seine Zahngesundheit um 10 Prozentpunkte erhöht. Ab 1991 wird der erhöhte Zuschuß jedoch nur gezahlt, wenn regelmäßig Zahnvorsorge betrieben worden ist. Der Bonus erhöht sich um weitere 5 Prozentpunkte, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und sie in den letzten 10 Jahren — frühestens seit 1. Januar 1989 — regelmäßig hat untersuchen lassen. Bei dem Prophylaxebonus können auch privatzahnärztliche Untersuchungen berücksichtigt werden, wenn sie in Art und Umfang den Untersuchungen nach den Nummern 1 und 2 entsprechen.

Zu § 31 — Arznei- und Verbandmittel

Der Zeitraum für die Geltung des festen Zuzahlungsbetrages von 3 DM wird gegenüber dem Regierungsentwurf um ein Jahr verlängert. Zugleich wird die Höhe der ab 1. Januar 1992 vorgesehenen prozentualen Zuzahlung bei Arzneimitteln ohne Festbetrag festgelegt.

Zu § 32 — Heilmittel

Absatz 2

Die Regelung entfällt, weil für Heilmittel keine Festbeträge eingeführt werden sollen.

Absatz 3

Die Zuzahlung von 4 DM je Mittel wird durch eine prozentuale Zuzahlung ersetzt. Eine anteilige Zuzahlung steuert das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten besser als eine Zuzahlung, die für alle Heilmittel unabhängig von deren Art und Umfang gleich ist. Die Zuzahlung muß in allen Fällen der ambulanten Abgabe von Heilmitteln geleistet werden, und zwar auch dann, wenn das Heilmittel als ärztliche Sachleistung im Rahmen der ärztlichen Behandlung (§ 28) oder einer ambulanten Kur (§ 23 Abs. 1, § 39 Abs. 1) angewendet wird. Der Leistungserbringer ist zum Einzug verpflichtet.

Zu § 33 — Hilfsmittel

Absatz 4

Die Änderung schränkt den Anspruch auf Kontaktlinsen auf die Fälle ein, in denen sie medizinisch zwingend erforderlich sind. Wie schon bisher legt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen den Indikationenkatalog für die Verordnung von Kontaktlinsen fest. Der Versicherte erhält einen Zuschuß bis zur Höhe der Kosten einer erforderlichen Brille, wenn er statt der Brille Kontaktlinsen wählt; dabei ist der für die Brille festgelegte Festbetrag zu berücksichtigen.

Absatz 5

Die Neufassung legt die Höhe des Kassenzuschusses für Brillengestelle fest. Ist ein niedrigerer Festbetrag für Brillengestelle nach § 35 a Abs. 2 Satz 2 festgelegt, ist dieser maßgebend für die Leistungspflicht der Krankenkasse (§ 12 Abs. 2).

Versicherte, die bereits mit einer Brille versorgt sind, können eine neue Brille nur beanspruchen, wenn sie aus medizinischen Gründen erforderlich ist und eine Änderung der Sehfähigkeit von mindestens 0,5 Dioptrien eingetreten ist. Diese Einschränkung gilt nicht für Kinder unter 14 Jahren. Der Anspruch auf Instandsetzung oder Ersatz einer beschädigten Brille besteht jedoch unabhängig von der Veränderung der Sehfähigkeit.

Zu § 34 — Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Absatz 2

Der neu angefügte Satz 3 berücksichtigt die besondere Wirkungsweise von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen, der beim Erlaß der Rechtsverordnung Rechnung zu tragen ist.

Absatz 2 a

Unwirtschaftliche Arzneimittel sollen durch Rechtsverordnung von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen werden können. Satz 2 enthält Hinweise für den Verordnungsgeber, unter welchen Voraussetzungen Unwirtschaftlichkeit anzunehmen ist. Als Arzneimittel, deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist, kommen solche in Betracht, die nach Artikel 3 § 7 Abs. 1 Arzneimittelgesetz als zugelassen gelten.

Es wird davon ausgegangen, daß unwirtschaftliche Arzneimittel sich nicht auf einige wenige Indikationsgruppen beschränken. Ferner wird klargestellt, daß auch in diesem Zusammenhang die besondere Wirkungsweise von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen zu berücksichtigen ist. Das gilt auch für die Beurteilung fixer Arzneimittelkombinationen.

Absatz 3

Die Änderung stellt klar, daß bei Heil- und Hilfsmitteln jeweils alle drei Kriterien (geringer oder umstrittener therapeutischer Nutzen oder geringer Abgabepreis) gelten. Des weiteren wird klargestellt, daß beim Ausschluß bestimmter Heilmittel durch Rechtsverordnung der besonderen Wirkungsweise von Heilmitteln der besonderen Therapierichtungen Rechnung zu tragen ist.

Absatz 4

Absatz 4 des Regierungsentwurfs ist in dem neuen Absatz 2 a aufgegangen, während der neue Absatz 4 den Inhalt des bisherigen Absatzes 5 übernimmt und redaktionell an die Einfügung des Absatzes 2 a anpaßt.

Zu § 35 — Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel

Absatz 1

Für die Gruppenbildung nach § 35 Satz 2 Nr. 2 sollen insbesondere chemisch verwandte Stoffe herangezogen werden. Die Gruppenbildung nach Nummer 3 zielt auf Arzneimittel mit mehreren Wirkstoffen, läßt jedoch die Möglichkeit der Einbeziehung von Einstoff-Präparaten offen für den Fall, daß zusätzliche Stoffe in der Arzneimittelkombination die Wirkung nicht im Sinne einer pharmakologisch-therapeutischen Unvergleichbarkeit verändern.

Es wird davon ausgegangen, daß die Ausnahme von der Festbetragsregelung nur für Arzneimittel mit solchen patentgeschützten Wirkstoffen gilt, deren Wirkungsweise neuartig ist und die deshalb mit anderen Wirkstoffen nicht vergleichbar sind. Eine therapeutische Verbesserung kann auch in der Minderng von Nebenwirkungen liegen. Für patentgeschützte Arzneimittel ohne therapeutischen Vorteil gegenüber anderen vergleichbaren Arzneimitteln können dagegen Gruppen gebildet werden.

Des weiteren wird klargestellt, daß bei der Gruppenbildung gezielte und für die Therapie bedeutsame Differenzierungen in der Zubereitung von Arzneimitteln, die zu nachweisbar unterschiedlichen Bioverfügbarkeiten führen, zu berücksichtigen sind. Die Bioäquivalenz wirkstoffgleicher Arzneimittel ist nicht Voraussetzung für die Bildung von Festbetragsgruppen.

Die Ermittlung der Vergleichsgrößen ist eine Aufgabe des Bundesausschusses. Neben Tages- oder Einzeldosen bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln können auch andere Vergleichsgrößen — z. B. bestimmte Packungen oder Darreichungseinheiten (Tabletten, Kapseln o. ä.) — geeignet sein.

Absatz 2

Die Vorschrift berücksichtigt auch Sachverständige der besonderen Therapierichtungen.

Absatz 3

Satz 1 wurde ergänzt, weil neben Tages- oder Einzeldosen bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln auch andere Vergleichsgrößen — z. B. bestimmte Packungen oder Darreichungseinheiten (Tabletten, Kapseln o. ä.) — als Grundlage für die Festbetragsfestsetzung geeignet sein können.

Absatz 6

Eine Anpassung der Festbeträge erfolgt bei veränderter Marktlage, insbesondere bei Preiserhöhungen oder Preissenkungen.

Absatz 8

Die Vorschrift regelt den Rechtsschutz, dem die Festsetzung der Festbeträge als gestaltender Verwaltungsakt in der Form der Allgemeinverfügung unterliegt.

Die Bekanntmachung nach Satz 1 dient der Rechtsklarheit. Zwischen der Bekanntmachung der Festbeträge und ihrem Wirksamwerden soll eine angemessene Frist zur Information der Beteiligten liegen.

Satz 2 soll im Streitfall grundsätzlich die weitere Anwendung der Festbeträge bis zur rechtskräftigen Entscheidung gewährleisten. Dies ist im öffentlichen Interesse geboten, weil der Anwendung von Festbeträgen als wesentlichem Kernelement der Strukturreform in besonderem Maße die Bedeutung zukommt, durch kostengünstige Versorgungsmöglichkeiten zur finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und damit zur Erhaltung ihrer Funktionsfähigkeit beizutragen. Das Gericht kann zwar auf Antrag die aufschiebende Wirkung der Klage anordnen. Diese Anordnung setzt jedoch voraus, daß die Individualinteressen des Betroffenen so gewichtig sind, daß sie im Einzelfall höher zu bewerten sind als das grundsätzlich überwiegende öffentliche Interesse am vorläufigen Vollzug der Regelung.

Angesichts der nach Absatz 2 und 3 vorgeschriebenen eingehenden Beteiligung unter anderem der Arzneimittelhersteller ist ein Vorverfahren (§ 78 SGG) entbehrlich.

Satz 4 stellt klar, daß eine isolierte Klage gegen die dort bezeichneten vorbereitenden Maßnahmen zur Festsetzung von Festbeträgen unzulässig ist. Insoweit ist ein Rechtsschutzbedürfnis nicht gegeben. Erst im Rahmen einer Klage gegen die Festsetzung von Festbeträgen unterliegen auch die Gruppeneinteilung der Arzneimittel nach Absatz 1 bis 3, die rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen nach Absatz 1 Satz 4 oder sonstige Bestandteile der Festsetzung einer gerichtlichen Nachprüfung.

Zu § 35a — Festbeträge für Hilfsmittel

Absatz 1

Die Festbeträge für Hilfsmittel werden wegen der dabei zu beachtenden Besonderheiten in einer eigenen Vorschrift geregelt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen die festbetragsfähigen Hilfsmittel und deren Gruppen fest.

Absatz 2

Die Festsetzung der jeweiligen Festbeträge obliegt den Landesverbänden der Krankenkassen, um den unterschiedlichen Verhältnissen im Bundesgebiet Rechnung zu tragen. Bei der Festsetzung der Festbeträge werden Preisreserven auszuschöpfen sein; eine bloße Übernahme etwa der heutigen Hörgeräte- oder Brillenpreise würde dem Auftrag des Gesetzgebers nicht gerecht werden. Für Sonderanfertigungen von Hilfsmitteln (z.B. für die spezifische Versorgung von Schwerstbehinderten) kommen Festbeträge nicht in Betracht.

Absatz 3

Unter Bezugnahme auf § 35 Abs. 6 und 8 wird geregelt, welche Kriterien und welcher Rechtsschutz für die Festsetzung von Festbeträgen bei Hilfsmitteln gelten.

Absatz 4

Die Vorschrift regelt das Verfahren, das bei der Festsetzung der Festbeträge für Hilfsmittel durch Spitzen- und Landesverbände der Krankenkassen zu beachten ist.

Zu § 36 — Häusliche Krankenpflege

Absatz 1

Die Änderung berücksichtigt, daß wegen der neu eingeführten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit die häusliche Krankenpflege eine andere Dimension erhält und deshalb der Leistungsumfang gegenüber dem Regierungsentwurf begrenzt werden muß. Andererseits bringt sie gegenüber dem geltenden Recht eine Verbesserung, weil der Umfang dieser umfassenden Krankenpflegeleistung (Einbeziehung der hauswirtschaftlichen Versorgung) im Gesetz ausdrücklich festgelegt wird. Die auf vier Wochen generell begrenzte Anspruchsdauer soll in Ausnahmefällen erweitert werden können, wenn dies nach Feststellung des Medizinischen Dienstes erforderlich ist. Es wird davon ausgegangen, daß für die vorgesehene Feststellung der sonst erforderlichen Krankenhauspflege durch den Medizinischen Dienst eine Vorstellung des Patienten und seine körperliche Untersuchung nicht in jedem Fall erforderlich ist. In geeigneten Fällen kann deshalb eine anderweitige Prüfung z. B. nach Aktenlage ausreichend sein.

Absatz 2

Während Absatz 1 die krankenhausersetzende häusliche Krankenpflege regelt, gibt Absatz 2 den Krankenkassen die Möglichkeit, in der Satzung Umfang und Dauer der häuslichen Krankenpflege zu regeln, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

Im Hinblick auf § 141 kann auf die Möglichkeit einer Pauschalierung der Kosten für Pflegehilfsmittel, wie sie der Regierungsentwurf in § 36 Abs. 2 Satz 2 vorsah, verzichtet werden.

Zu § 37 — Haushaltshilfe

Absatz 2

Die Änderung gibt der Krankenkasse mehr Gestaltungsfreiheit und die Möglichkeit, die Kosten der Haushaltshilfe zu begrenzen.

Zu § 38 — Krankenhausbehandlung

Absatz 3

Die Einfügung gewährleistet eine in der Sache gerechtfertigte Mitwirkung der Landeskrankenhausgesellschaften und der Kassenärztlichen Vereinigungen bei Erstellung der Verzeichnisse der Leistungen und Entgelte für Krankenhausbehandlung.

Absatz 4

Die Änderung sieht eine Erhöhung der täglichen Zuzahlung bei Krankenhauspflege ab 1. Januar 1991 auf 10 DM vor. Sie erscheint gerechtfertigt, um die häuslichen Ersparnisse insbesondere für Verpflegung auszugleichen. Der Zuzahlungsbetrag lehnt sich an den nach der Sachbezugsverordnung für Unterkunft und Verpflegung festgesetzten Betrag an.

Zu § 40 — Müttergenesungungskuren

Es wird auf die Ausführungen zu § 24 Bezug genommen.

Zu § 42 — Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Es wird davon ausgegangen, daß der bisherige Leistungsumfang auch bei der Behandlung psychisch Kranker nicht eingeschränkt werden soll. Darüber hinausgehende soziale Hilfen gehören wie bisher nicht zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu § 43 — Krankengeld

Absatz 1

Die Änderung in Satz 1 stellt klar, daß Anspruch auf Krankengeld nicht nur während des stationären Aufenthalts in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 119, sondern auch während einer stationären Kur für Mütter besteht.

Die Änderung in Satz 2 verdeutlicht, daß Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation (§ 5 Abs. 1 Nr. 6) bei Arbeitsunfähigkeit Krankengeld nur erhalten können, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben. Dies entspricht dem geltenden Recht (§ 494 Satz 1 RVO).

Zu § 44 — Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Absatz 1

Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes besteht nach Satz 1 nicht nur dann, wenn das Kind im Rahmen der Familienversicherung nach § 10 versichert ist, sondern auch dann, wenn es selbst Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist (z.B. als Bezieher einer Waisenrente).

Die Änderung entspricht auch einem Anliegen des Bundesrates.

Zu § 47 — Dauer des Krankengeldes

Absatz 2

Die Änderungen stellen klar, daß ein erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit nur dann besteht, wenn der Versicherte zwischen dem Ende des Krankengeldbezugs und der erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens 6 Monate die Voraussetzungen nach Nummern 1 und 2 erfüllt hat. Außerdem wird klargestellt, daß für den Bezug von 78 Wochen Krankengeld nur die Bezugszeiten innerhalb des letzten Dreijahreszeitraums berücksichtigt werden. Die Änderungen bringen nur eine redaktionelle Klarstellung des Gewollten, die Mißverständnisse vermeiden soll.

Zu § 52 — Personenkreis

Absatz 3

Es wird klargestellt, daß der kranke Schwerpflegebedürftige den Anspruch auf Behandlungspflege nach § 36 im dort vorgesehenen Umfang neben der häuslichen Pflegehilfe erhält, weil die Pflegehilfe (vgl. § 54) lediglich Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfaßt.

Absatz 5

Die vorgesehenen Leistungen für Schwerpflegebedürftige korrespondieren mit Leistungen der Sozialhilfe (insbesondere § 69 BSHG). Sie berühren unmittelbar Landesplanungen und Landesförderungen auf dem Gebiet der ambulanten Kranken-, Alten- und Familienhilfe. Eine Angleichung der Empfängerkreise im Bereich der Pflegebedürftigen soll durch Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung unter Beteiligung der Länder ermöglicht werden, wenn dafür ein Bedürfnis besteht. Die vorgesehene Verordnungsermächtigung entspricht auch einem Anliegen des Bundesrates.

Zu § 54 — Inhalt der Leistung

Die Begrenzung soll eine finanzielle Überforderung der Krankenkasse durch die häusliche Pflegehilfe vermeiden. Wird der Höchstbetrag von 750 DM monatlich bereits durch weniger Pflegeeinsätze erreicht, ist der Leistungsanspruch darauf begrenzt.

Zu § 55 — Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson

Die zusätzliche Leistungsvoraussetzung und der Höchstbetrag sollen eine finanzielle Überforderung der Krankenkasse durch den Ausfall der Pflegeperson und Mitnahmeeffekte vermeiden. Die Leistungsvoraussetzung kann bereits durch Pflege vor dem Inkrafttreten der Regelung am 1. Januar 1989 erfüllt werden. Der Leistungsanspruch besteht auch dann, wenn sich mehrere Personen die Pflege geteilt haben. Voraussetzung ist lediglich, daß der Versicherte vor der Verhinderung mindestens 12 Monate ohne ins Gewicht fallende Unterbrechungen gepflegt worden ist.

Der Vierwochen-Zeitraum, für den längstens die Pflegehilfe nach § 55 erbracht wird, kann auch in Abschnitten in Anspruch genommen werden. Reicht der Höchstbetrag von 1 800 DM nur für eine kürzere Pflege aus, ist der Leistungsanspruch darauf begrenzt.

Zu § 56 — Geldleistung

Absatz 2

Die Änderung trägt den Besonderheiten der Pflege insbesondere im ländlichen Raum Rechnung; sie entspricht auch einem Anliegen des Bundesrates.

Die Änderung läßt eine Erwerbstätigkeit der Pflegeperson(en) zu, ohne daß allein dadurch der Anspruch auf die Geldleistung entfällt. Entscheidend ist, daß die Pflege trotz der Erwerbstätigkeit in ausreichendem Umfang durchgeführt wird. Die Pflege kann auch als Gemeinschaftsleistung mehrerer Personen erbracht werden (z.B. aus der Familie).

Die Geldleistung ist eine Ermessensleistung nach § 39 SGB I. Die Krankenkasse soll den Versicherten und seine Pflegeperson darauf aufmerksam machen, daß die Geldleistung auch für die Zukunftssicherung der Pflegeperson (z.B. in der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer privaten Lebensversicherung) verwendet werden kann.

Zu § 57 — Sterbegeld

Anspruch auf Sterbegeld besteht für alle Personen, die am 1. Januar 1989 als Mitglied oder als Familienangehöriger (§ 10) krankenversichert waren und im Zeitpunkt ihres Todes diese Voraussetzungen noch oder wieder erfüllen. Es ist nicht erforderlich, daß die Versicherung zwischen diesen beiden Zeitpunkten ununterbrochen bestand. Für den, der am 1. Januar 1989 nicht versichert war, besteht allerdings auch dann kein Anspruch, wenn er vor oder nach diesem Tag längere Zeit der gesetzlichen Krankenversicherung angehört hat.

Im übrigen wird auf die Ausführungen zu § 11 Abs. 1 Satz 2 Bezug genommen.

Zu § 58 — Höhe des Sterbegeldes

Die Höhe des Sterbegeldes wird unabhängig vom Einkommen des Versicherten auf einen einheitlichen Betrag festgesetzt, der sich an die Höhe des an Rentner zu zahlenden Regelsterbegeldes anlehnt. Der Betrag gilt auch für in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Versicherte. Es spielt keine Rolle, ob der Versicherte am 1. Januar 1989 in der gesetzlichen Krankenversicherung als Mitglied oder als Familienangehöriger geschützt war. Maßgebend ist, wie er am Todestag versichert war.

Zu § 68 — Fahrkosten

Absatz 2

Es wird davon ausgegangen, daß unter den Begriff „Fahrkosten" alle im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendigen Beförderungskosten fallen, gleich ob es sich um Land-, Wasser- oder Lufttransportmittel (z. B. Rettungshubschrauber) handelt.

Die Änderungen berücksichtigen, daß die Fahrkosten, die 20 DM übersteigen, bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann übernommen werden, wenn der Versicherte nicht stationär behandelt werden muß. Rettungsfahrten (Nummer 2) sind Transporte, die deshalb erforderlich sind, weil sich Versicherte infolge von Verletzung oder Krankheit in unmittelbarer Lebensgefahr befinden oder ihr Gesundheitszustand in kurzer Zeit eine lebensbedrohende Verschlechterung erwarten läßt. Auch bei „Krankentransporten" sollen die Fahrkosten abzüglich des Versichertenanteils von der Kasse unabhängig davon übernommen werden, ob Versicherte ambulant oder stationär behandelt werden müssen.

Für Fahrten von Rettungsdiensten zieht die Krankenkasse die Zuzahlung von den Versicherten ein. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Rettungsdienst eine Rettungsfahrt oder einen Krankentransport durchgeführt hat.

Für die Fahrkosten zu einer ambulant (auch als ambulante Behandlung in einem Krankenhaus) durchgeführten Dauerbehandlung (z.B. Dialyse) kommt eine Kostenübernahme nach den Härtefallregelungen (§§ 69 und 70) in Betracht.

Zu § 69 — Vollständige Befreiung

Absatz 1

Die Änderung bezieht Arznei-, Verband- und Heilmittel in die Härteklausel ein und berücksichtigt die Neufassung der §§ 24 und 40.

Absätze 2 und 3

Im übrigen wird davon ausgegangen, daß die Krankenkassen bei der Umschreibung der Einnahmen zum Lebensunterhalt (vgl. Absatz 2 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1) auf ihre bisherige Praxis zu § 180 Abs. 4 RVO zurückgreifen. Auf die entsprechenden Ausführungen zu § 69 Abs. 2 und 3 in der Begründung des Regierungsentwurfs (Drucksache 11/2237, S. 187) wird insoweit Bezug genommen. Das Erziehungsgeld nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz oder vergleichbaren landesrechtlichen Regelungen sowie Einnahmen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind — Schutz des ungeborenen Lebens" dürfen im Rahmen der §§ 69 und 70 nicht als Einnahmen zum Lebensunterhalt angesehen werden.

Die Änderung in Absatz 3 Satz 2 orientiert sich an § 76 Abs. 1 Bundessozialhilfegesetz. Diese Vorschrift wurde durch das Fünfte Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes vom 28. Oktober 1986 (BGBl. I S. 1657) neu gefaßt. Ziel der Änderung war, die Gleichbehandlung der Renten nach dem Bundesentschädigungsgesetz mit den Renten nach dem Bundesversorgungsgesetz zu erreichen, da für eine Besserstellung der Bezieher von Leistungen nach dem Bundesentschädigungsgesetz kein sachlicher Grund besteht. Die Ergänzung berücksichtigt, daß für die Bewertung der Einnahmen nach § 69 Abs. 3 das gleiche gilt. Die Ergänzung entspricht auch einem Anliegen des Bundesrates.

Die Krankenkasse kann in den Fällen, in denen die Voraussetzungen des § 69 vorliegen und sich voraussichtlich auch nicht wesentlich ändern werden, bereits zu Beginn des Jahres Bescheinigungen ausstellen, aus denen sich die Befreiung von der Zuzahlung ergibt.

Absatz 4

Durch die klarstellende Änderung werden praktische Schwierigkeiten vermieden, wenn der Antrag auf Befreiung von einem Familienangehörigen und nicht von einem Elternteil gestellt wird; das gewollte Ergebnis bleibt unberührt. Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft zählen nicht zu den Angehörigen.

Absatz 5

Die Vorschrift trägt dem Datenschutz Rechnung.

Zu § 70 — Teilweise Befreiung

Die Änderung in Absatz 1 stellt klar, daß bei der Ermittlung der Belastungsgrenze jeweils Einkommen und Zuzahlungen aller im Haushalt des Versicherten lebenden Angehörigen berücksichtigt werden.

Im übrigen wird davon ausgegangen, daß die Krankenkassen das Verfahren zur Durchführung des § 70 möglichst unbürokratisch gestalten. Dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen regelmäßig größere Zuzahlungen anfallen können wie bei chronisch Kranken oder Behinderten.

Zu § 73 — Beitragsrückzahlung

Absatz 1

Die Änderung trägt der Ergänzung des § 216 Abs. 4 Rechnung und berücksichtigt die besonderen Verhältnisse im Land Bremen.

Absatz 2

Da den Krankenkassen die Abrechnungsergebnisse über ärztliche Leistungen nicht in allen Fällen innerhalb von drei Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres vorliegen, verlängert Satz 2 die Frist der Beitragsrückzahlung auf sechs Monate.

Im übrigen wird davon ausgegangen, daß die Krankenkasse die Beitragsrückzahlung nicht auf bestimmte Gruppen von Versicherten begrenzen kann, da dies wegen des gemeinsam von allen Versicherten der Krankenkasse zu tragenden Risikos nicht sinnvoll ist.

Zu § 75 — Gesundheitsförderung und Rehabilitation

Die Ergänzung in Absatz 1 stellt klar, daß auch die Verbände der Krankenkassen die Möglichkeit haben sollen, zur Erprobung Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen durchzuführen und institutionelle Förderung zu betreiben.

Zu § 81 — Kassenärztliche Versorgung

Absatz 2

In Nummer 7 wird der Umfang der ärztlichen Verordnung klargestellt. Die Streichung der Nummer 10 ist eine Folgeänderung zu § 11.

Absatz 5

Die Änderung folgt einem Vorschlag des Bundesrates. Hierdurch wird der Arzt auch dann zur Information des Versicherten verpflichtet, wenn er ohne ausdrücklichen Wunsch des Versicherten ein teureres Arzneimittel verordnet.

Zu § 82 — Stufenweise Wiedereingliederung

Es wird — entsprechend der Funktion des Medizinischen Dienstes als Beratungsdienst der Krankenversicherung — sichergestellt, daß der behandelnde Arzt nur mit Zustimmung der Krankenkasse eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einholen kann.

Zu § 83 — Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Absatz 3

Durch die Umstellung der Vergütung auf die der vertragsärztlichen Leistungen der Ersatzkassen wird eine angemessene Honorierung der ärztlichen Leistungen sichergestellt. Damit wird die Vergütung dieser Leistungen abschließend neu geregelt. Für eine Weiterführung des Bestandsschutzes, wie er bislang für die Vergütung nach § 368 n Abs. 2 Satz 4 und 5 RVO galt, besteht angesichts der umfassenden Neuregelung kein Bedarf.

Absatz 3 a

Um zu gewährleisten, daß auch außerhalb der regulären Dienstzeiten der Anstaltsärzte/-zahnärzte — insbesondere zu Nachtzeiten und am Wochenende — die ärztliche Versorgung der Gefangenen jederzeit sichergestellt ist, soll die Behandlung Inhaftierter in den Justizvollzugsanstalten insoweit in den Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen einbezogen werden.

Absatz 5

Die Änderung folgt einem Vorschlag des Bundesrates. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Aufgaben der ärztlichen Versorgung auch für Versorgungs- und Sozialhilfeträger übernehmen können.

Zu § 85 — Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen

Absatz 3

Entsprechend dem bisherigen Recht soll es auch weiterhin außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen geben.

Zu § 88 — Wahlen

Absatz 1 ist eine Folgeänderung der Änderung zu § 85. Absatz 2 folgt einem Vorschlag des Bundesrates. Er regelt u.a. die Unvereinbarkeit der Ämter des Vorstandsvorsitzenden und des Vorsitzenden der Vertreterversammlung.

Zu § 89 — Satzung

Absatz 5

Die Änderung in Satz 2 folgt einem Vorschlag des Bundesrates. Die festgelegte Frist des bisherigen Rechts von „bis zu 6 Monaten" ist zu gering bemessen, um Fälle schwerwiegender Pflichtverstöße durch das Ruhen der Zulassung sachgerecht zu ahnden. Aufgrund der Änderung besteht kein Bedarf für die vom Bundesrat ebenfalls vorgeschlagene Befristung der Zulassungsentziehung.

Die Fälle, die für eine Befristung in Betracht kommen könnten, lassen sich durch ein länger andauerndes Ruhen der Zulassung lösen.

Zu § 91 — Gesamtverträge

Absätze 3 und 4

Die Änderung folgt einem Vorschlag des Bundesrates. Durch die Ergänzungen wird sichergestellt, daß Prüfungen der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit auch für den Bereich der Ersatzkassen und der Bundesknappschaft vereinbart werden.

Zu § 96 — Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen

Die Vergütungen für zahntechnische Leistungen sollen entsprechend dem Vorschlag des Bundesrates und der Systematik der übrigen Vergütungsregelungen auf Landesebene vereinbart werden.

Im übrigen bleiben die Leistungen bei Zahnersatz weiterhin Gegenstand der kassen(zahn)ärztlichen Versorgung (§ 96 Abs. 2). Damit unterliegt der Zahnarzt bei der Versorgung mit Zahnersatz den Grundsätzen der kassen(zahn)ärztlichen Versorgung. Auch insoweit ist er zur Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes, zur Einhaltung der qualitativen Anforderungen und zur Beachtung von Richtlinien verpflichtet. Die Einbeziehung des Zahnersatzes in das Kassenarztrecht hat zur Folge, daß die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Zahnärzten wie bisher die Versorgung mit Zahnersatz vertraglich näher ausgestaltet und die Einhaltung der Verpflichtungen und Obliegenheiten, die den Kassenzahnarzt nach Gesetz und vertraglichen Regelungen treffen (insbesondere Wirtschaftlichkeitsgebot, qualitative Anforderungen) überwacht. Sie nimmt dabei auch die Interessen der Versicherten bei der Geltendmachung von Behandlungsfehlern, bei der Gewährleistung sowie beim Schutz vor finanzieller Überforderung wahr.

Zu § 97 — Schiedsamt

Absatz 8

Die Änderung folgt einem Vorschlag des Bundesrates und trägt der Änderung des § 96 Rechnung.

Zu § 100 — Richtlinien der Bundesausschüsse

Absatz 1

Durch die Ergänzung werden auf Vorschlag des Bundesrates die besonderen Erfordernisse der Versorgung psychisch Kranker verdeutlicht. Die Streichung der Nummer 9 ist eine Folgeänderung zu § 11.

Absatz 2

Die Formulierung in Satz 3 Nr. 3 stellt klar, daß die Zusammenstellung von Arzneimitteln in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und die Zusammenfassung in Gruppen — anders als im Rahmen des Zulassungsverfahrens nach dem Arzneimittelgesetz — keine erneute Nutzen-/Risiko-Abwägung darstellt, sondern das Wirtschaftlichkeitsgebot im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung in bezug auf Arzneimittel konkretisiert.

Die Ergänzung um die Sätze 4 und 5 folgt einem Vorschlag des Bundesrates. Die Sachverständigen der besonderen Therapierichtungen sind auch bei dem Erlaß von Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 heranzuziehen.

Absatz 2 a

Die Vorschrift regelt den Rechtsschutz. Satz 2 ist im öffentlichen Interesse geboten, um im Streitfall grundsätzlich die weitere Anwendung der Zusammenstellung bis zur rechtskräftigen Entscheidung zu gewährleisten. Die Arzneimittelrichtlinien dienen der näheren Bestimmung des Wirtschaftlichkeitsgebots bei der Arzneimittelverordnung und damit der Gewährleistung einer wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie. Diese ist eine wesentliche Voraussetzung zur Sicherung der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Sicherung einer ausreichenden und zweckmäßigen kassenärztlichen Versorgung. Beides liegt im besonderen öffentlichen Interesse und überwiegt grundsätzlich die Individualinteresssen Betroffener. Im übrigen gilt für Satz 2 und 3 die Begründung zu § 35 Abs. 8 entsprechend.

Zu § 101 — Übersicht über ausgeschlossene Arzneimittel

Satz 1 präzisiert die Regelung und paßt sie redaktionell an § 34 an. Die Übersicht soll sämtliche von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimittel enthalten, also auch die durch Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 2 und 2a erfaßten Arzneimittel. Satz 2 dient — ebenso wie z.B. die Bekanntmachung des Hilfsmittelverzeichnisses (§ 137 Satz 5) oder der Richtlinien der Bundesausschüsse (§ 102 Abs. 2) — der Rechtsklarheit.

Zu § 102 — Wirksamwerden der Richtlinien

Absatz 1

Die Regelung soll sicherstellen, daß bei der Gruppenbildung nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 keine Verzögerungen eintreten. Die Ersatzvornahme durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kommt für Fälle in Betracht, in denen der Bundesausschuß eine Gruppenbildung trotz der Möglichkeit der Entscheidung unterläßt. Auch im Rahmen der Ersatzvornahme sind die gesetzlichen Vorgaben für die Gruppenbildung, z.B. die Beteiligung von Sachverständigen, einzuhalten.

Einer Ersatzvornahme nach dem 30. Juni 1989 bedarf es nur, wenn bis dahin nicht in hinreichendem Umfang Gruppen gebildet worden sind und absehbar ist, daß hiermit auch in einem überschaubaren Zeitraum nicht gerechnet werden kann.

Absatz 2

Die Vorschrift dient — auch im Hinblick auf die Klagefristen nach § 66 Abs. 2 und § 87 SGG, soweit gegen die Richtlinien nach § 100 Abs. 2 a eine Klagemöglichkeit gegeben ist — der Rechtsklarheit.

Zu § 103 — Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung

Absatz 8

Die Änderung folgt einem Vorschlag des Bundesrates. Auch ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sollen nur dann an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können, wenn sie an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen.

Zu § 104 — Zulassungsausschüsse

Absatz 2

Folgeänderung zur Änderung des § 85.

Zu § 105 — Berufungsausschüsse

Absatz 2

Folgeänderung zur Änderung des § 85.

Zu § 114 — Wirtschaftlichkeitsprüfung in der kassenärztlichen Versorgung

§ 114 wird unter systematischen Gesichtspunkten neu gefaßt. Die Neufassung erstreckt die Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit ausdrücklich auch auf die vertragsärztliche Versorgung. Die Entscheidung über die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise eines Arztes trifft entsprechend dem bisherigen Recht der Prüfungsausschuß.

Absatz 1

Die Überwachung der Wirtschaftlichkeit obliegt den Krankenkassen und den kassenärztlichen Vereinigungen.

Absatz 2

In Satz 1 werden die Verfahren aufgeführt, mit deren Hilfe die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu prüfen ist. Es wird davon ausgegangen, daß bei der Prüfung von Arzneimittelverordnungen die Entscheidung des Arztes nach § 81 Abs. 5 Satz 1, ob die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben darf (aut-simile-Vermerk), im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht gesondert überprüft wird. Nach Satz 2 sind ergänzend zum Regierungsentwurf bei der Prüfung nach Durchschnittswerten und der Stichprobenprüfung auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen. Satz 3 läßt in Anknüpfung an die bisherige Praxis ausdrücklich zu, daß die Vertragspartner über die vorgeschriebenen Prüfverfahren hinaus auch andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren können; aus datenschutzrechtlichen Gründen müssen dabei aber auch insoweit die Vorschriften des Zehnten Kapitels zum Schutz versichertenbezogener Daten eingehalten werden.

Absatz 3

Die nähere Ausgestaltung der Prüfverfahren und ihrer Durchführung bleibt im einzelnen den Vertragspartnern überlassen. Neu gegenüber dem Regierungsentwurf ist, daß die Vertragspartner bei allen Prüfungsarten Art und Umfang der in die Prüfungen einzubeziehenden Leistungen auf das für das Ziel der jeweiligen Prüfung erforderliche Maß zu beschränken haben. Damit wird zugleich dem Verfassungsgebot Rechnung getragen, Eingriffe in das informationelle Selbstbestimmungsrecht auf ein Minimum zu beschränken.

Absatz 7

Die Vorschrift stellt klar, daß die Maßstäbe und Verfahrensgrundsätze für die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung auch für die Ersatzkassen bei der Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung verbindlich sind. Dies gilt insbesondere auch für die Zusammensetzung und das Verfahren der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse zur Überwachung der vertragsärztlichen Versorgung. Die Regelung verdeutlicht, daß die Ersatzkassen und die kassenärztlichen Vereinigungen — wie nach geltendem Recht — eigene Prüfgremien bilden.

Zu § 115 — Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Absatz 2

Die erste Änderung in Nummer 2, durch die die Worte „Leitung stehen" durch das Wort „Verantwortung" ersetzt werden, verdeutlicht, daß nicht die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung als solche unter ständiger ärztlicher Leitung, sondern nur die stationäre Behandlung in der Einrichtung fachlich-medizinisch unter ärztlicher Verantwortung stehen muß. Damit wird zugleich klargestellt, daß der Träger der Einrichtung auch andere Personen als Ärzte mit der Leitung oder Geschäftsführung der Einrichtung beauftragen kann.

Die ausdrückliche Erwähnung der Arbeitstherapie in dem Beispielskatalog der Heilmittel in Nummer 2 dient der redaktionellen Klarstellung im Interesse eines einheitlichen Sprachgebrauchs im SGB V.

Zu § 117 — Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Mit der Änderung der Verweisungen in Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 werden Redaktionsversehen berichtigt. Die ausdrückliche Erwähnung der Verbände der Ersatzkassen in den Absätzen 1 und 2 sind redaktionelle Änderungen im Interesse eines einheitlichen Sprachgebrauchs.

Absatz 3

Mit der Änderung wird dem Anliegen des Bundesrates entsprochen, die Bestimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde landesintern zu regeln.

Zu § 118 — Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Absatz 1

Durch die Änderung in Satz 1 wird klargestellt, daß der Versorgungsvertrag, der von den Kassenverbänden nur gemeinsam abgeschlossen werden kann, von ihnen auch nur gemeinsam gekündigt werden kann. Damit wird zugleich einem Anliegen des Bundesrates Rechnung getragen. Die ausdrückliche Erwähnung der Verbände der Ersatzkassen ist eine redaktionelle Klarstellung, die im Interesse eines einheitlichen Sprachgebrauchs erfolgt.

Die Neufassung des Satzes 2 stellt sicher, daß der Versorgungsvertrag auch bei Unwirtschaftlichkeit und mangelnder Leistungsfähigkeit nur dann gekündigt werden kann, wenn diese Kündigungsgründe nicht nur vorübergehend bestehen. Damit wird auch einem Anliegen des Bundesrates entsprochen.

Absatz 2

Die Änderung in Satz 1 ist eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufnahme der Verbände der Ersatzkassen in Absatz 1 Satz 1.

Zu § 119 — Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Die ausdrückliche Erwähnung der Verbände der Ersatzkassen in den Absätzen 2 bis 4 dient der redaktionellen Klarstellung im Interesse eines einheitlichen Sprachgebrauchs.

Die Streichung des Wortes „gemeinsam" in Absatz 2 Satz 3 ermöglicht auch einem Landesverband der Krankenkassen, dem von den Landesverbänden eines anderen Bundeslandes abgeschlossenen Versorgungsvertrag beizutreten.

Zu § 121 — Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung

Absatz 1

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird auch der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung in die Verantwortung für die Einleitung und Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen einbezogen.

Die ausdrückliche Benennung der Verbände der Ersatzkassen dient der redaktionellen Klarstellung im Interesse eines einheitlichen Sprachgebrauchs.

Zu § 122 — Landesschiedsstelle

Absätze 1 und 2

Die ausdrückliche Erwähnung der Verbände der Ersatzkassen dient der redaktionellen Klarstellung im Interesse eines einheitlichen Sprachgebrauchs. Durch die Neufassung von Absatz 2 Satz 5 wird bei mangelnder Mitwirkung der beteiligten Organisationen eine zügige Bildung der Landesschiedsstelle im Wege der Ersatzvornahme durch die zuständige Landesbehörde sichergestellt.

Absatz 4

Mit der Änderung wird dem Anliegen des Bundesrates entsprochen, die Bestimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde landesintern zu regeln.

Zu § 123 — Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärzten

Absatz 1

Die ausdrückliche Erwähnung der Verbände der Ersatzkassen dient der redaktionellen Klarstellung im Interesse eines einheitlichen Sprachgebrauchs.

Absatz 4

Die Übertragung der Verordnungsermächtigung von der Bundesregierung auf die Landesregierung trägt der Tatsache Rechnung, daß auch der Inhalt der dreiseitigen Verträge auf der Landesebene vereinbart werden soll. Damit kann den Besonderheiten der einzelnen Länder bei Ausgestaltung der Verträge Rechnung getragen werden; eine unterschiedliche Entwicklung in den einzelnen Bundesländern wird damit allerdings in Kauf genommen.

Zu § 125 — Polikliniken

Die Änderung in Satz 1 beinhaltet eine redaktionelle Anpassung im Interesse eines einheitlichen Sprachgebrauchs.

Die Anfügung des Satzes 3 entspricht im Ergebnis dem Anliegen des Bundesrates, das Nähere zur Gestaltung der für Forschung und Lehre erforderlichen ambulanten Krankenhausbehandlung auch weiterhin der vertraglichen Regelung durch die Beteiligten zu überlassen.

Zu § 127 — Psychiatrische Institutsambulanzen

Absatz 1

Redaktionelle Klarstellung: Die Änderung verdeutlicht, daß sich der bisherige Satz 3 auf Satz 2 bezieht.

Zu § 128 — Sozialpädiatrische Zentren

Absatz 3

Der Hinweis auf die Frühförderstellen in Satz 1 verdeutlicht, daß diese bewährten Einrichtungen durch die Sozialpädiatrischen Zentren nicht verdrängt werden sollen.

Die in den Frühförderstellen auf kassenärztliche Verordnung durchgeführten Leistungen können wie bisher gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden.

Zu § 129 — Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

Absatz 1

Die Änderung in Satz 1 ist eine Folgeänderung zu der Streichung des § 126.

Absatz 2

Die ausdrückliche Erwähnung der Verbände der Ersatzkassen in Satz 2 dient der redaktionellen Klarstellung im Interesse eines einheitlichen Sprachgebrauchs.

Absatz 5

Es wird verdeutlicht, daß die vorgeschriebene Kostenerstattung durch die ermächtigten Ärzte beamtenrechtliche und vertragliche Regelungen über ein weitergehendes Nutzungsentgelt einschließlich eines Vorteilsausgleichs unberührt läßt. Mit dieser Änderung wird in der Sache zugleich einem Anliegen des Bundesrates Rechnung getragen.

Zu § 131 — Medizinisch-technische Großgeräte

Absatz 2

Die Änderung zu Satz 2 dient der redaktionellen Klarstellung und macht zugleich im Zusammenhang mit Satz 1 deutlich, daß das Interesse des ambulanten Bereichs an einer bedarfsgerechten Ausstattung mit medizinisch-technischen Großgeräten nicht nur bei der Entscheidungsfindung im Großgeräteausschuß, sondern auch bei der praktischen Umsetzung der Entscheidungen des Ausschusses von der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen wahrgenommen wird. Dadurch ist die Selbstverwaltung in jedem Stadium des Verfahrens in die Lage versetzt, gestaltend auf einen zweckdienlichen Einsatz der Großgeräte hinzuwirken und sicherzustellen, daß die technische Ausstattung des ambulanten Sektors nicht eingeschränkt wird, sondern mit dem medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt jederzeit Schritt halten kann.

Absatz 5

Die Streichung des Klammerhinweises auf § 78 SGG ist eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des Artikels 29 Nr. 3 (§ 51 Abs. 2 Satz 1 SGG). Nach dem letzten Halbsatz dieser Vorschrift erfolgt für Streitigkeiten, die aufgrund einer Zuordnung von medizinisch-technischen Großgeräten zu Hochschulkliniken oder Plankrankenhäusern entstehen, keine Zuweisung zur Sozialgerichtsbarkeit. Insoweit bleibt es beim Verwaltungsrechtsweg.

Zu § 132 — Zuständigkeitsregelung

Die Vorschrift ist entbehrlich, weil die Verbände der Ersatzkassen nunmehr ausdrücklich in den §§ 116 bis 123 sowie in den §§ 129 und 131 genannt werden.

Zu § 132 a — Verfahrensregelungen

Die neue Vorschrift schafft für den Abschluß und die Kündigung von Versorgungsverträgen eine Konfliktlösung nach dem Vorbild des in § 222 Abs. 2 vorgesehenen Verfahrens, mit dem Unterschied, daß an die Stelle der Spitzenverbände der Krankenkassen deren Landesverbände treten.

Zu § 136 — Verträge

Das Empfehlungsrecht der Krankenkassen soll entfallen. Dies schließt eine Information der Versicherten durch die Krankenkassen nicht aus.

Zu § 137 — Hilfsmittelverzeichnis

Die Änderung dient der Rechtsklarheit.

Zu § 138 — Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung

Absatz 2

Die Änderung stellt klar, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker verpflichtet sind, einen gemeinsamen Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung abzuschließen.

Absatz 5 a

Die Ergänzung soll sicherstellen, daß die notwendigen Daten und Auskünfte zur Erstellung der Preisvergleichsliste und zur Bestimmung der Festbeträge auch dann übermittelt werden, wenn der Rahmenvertrag noch nicht abgeschlossen ist.

Zu § 140 — Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmern

Absatz 4

Die Ergänzung stellt klar, daß die notwendigen Daten und Auskünfte zur Erstellung der Preisvergleichsliste und zur Bestimmung der Festbeträge auch dann zu übermitteln sind, wenn die Verträge nach § 140 noch nicht abgeschlossen sind.

Zu § 142 — Versorgung mit Krankentransportleistungen

Die überarbeitete Vorschrift trägt den Vorschlägen des Bundesrates Rechnung.

Zu § 145 — Qualitätsprüfung im Einzelfall

Abweichend vom Regierungsentwurf werden die Kassenärztlichen Vereinigungen zu Qualitätsprüfungen verpflichtet.

Zu § 150 — Konzertierte Aktion

Absatz 2

Die Verantwortung aller Beteiligten für die Einhaltung der Grundsätze der Beitragssatzstabilität, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung und für die Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion im Hinblick auf diese Grundsätze wird im Gesetz stärker zum Ausdruck gebracht. Dementsprechend wird die Verpflichtung der Beteiligten hervorgehoben, über die durchgeführten Maßnahmen und erzielten Ergebnisse zu berichten.

Absatz 4

Die neu eingefügte Vorschrift verbessert auf der Grundlage einer regelmäßigen Berichterstattung die Information des Deutschen Bundestages und des Bundesrates über Fragen des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere zur Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung, Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit.

Zu § 177 — Ersatzkassen

Absatz 2 a

Bei der im Mitgliederkreis begrenzten Kaufmännischen Krankenkasse gibt es Auseinandersetzungen über die Auslegung des Mitgliederkreises dieser Kasse, die zu einer erheblichen Verunsicherung und zu einer Vielzahl von Rechtsstreiten geführt haben. Die Vorschrift schafft die zeitlich begrenzte Möglichkeit zur Bereinigung dieser Problematik. Eine uneingeschränkte Öffnung der Kaufmännischen Krankenkasse für sämtliche Angestellten ist nicht beabsichtigt.

Zu § 194 — Wahlrecht für freiwillige Mitglieder

Absatz 2

Das geltende Recht wird auf Vorschlag des Bundesrates wiederhergestellt. Zudem wird eine Regelung über das Wahlrecht für Kinder getroffen, die der Versicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 freiwillig beitreten können, wenn eine Familienversicherung nach § 10 nur deshalb nicht besteht, weil die Ausschlußgründe des § 10 Abs. 3 (ein Elternteil ist nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung und hat ein Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze) vorliegen. Für diese Kinder soll ein Beitrittsrecht zu der Krankenkasse bestehen, bei der der Elternteil versichert ist, aus dessen Mitgliedschaft eine Familienversicherung ohne die Ausschlußgründe des § 10 Abs. 3 bestanden hätte.

Zu § 198 — Mitgliedschaft von Rentenantragstellern

Die Änderung ist notwendig, um das geltende Recht (§ 315 a Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung) aufrechtzuerhalten.

Zu § 201 — Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

Absatz 1

Ebenso wie beim Bezug von Erziehungsgeld nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz soll auch bei einem anschließenden Bezug von dem Erziehungsgeld vergleichbaren Leistungen der Länder die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten bleiben.

Zu § 209 — Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

In § 5 Abs. 1 Nr. 6 ist der Personenkreis der Rehabilitanden, für die Versicherungspflicht eintritt, neu umschrieben worden. Danach wird bei Rehabilitanden nicht mehr danach unterschieden, ob sie Übergangsgeld beziehen oder nicht. Dementsprechend wird auch im Rahmen der Regelung über die Meldepflichten nicht mehr zwischen Rehabilitanden mit und ohne Übergangsgeld unterschieden.

Zu § 211 — Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

Durch die Änderung wird klargestellt, daß die Ermittlungspflicht der Zahlstelle auf die Fälle beschränkt bleiben soll, in denen erstmalig Versorgungsbezüge bewilligt werden oder in denen der Zahlstelle die Beendigung der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse mitgeteilt wird. Außerdem besteht die Ermittlungspflicht für Fälle, in denen bereits Versorgungsbezüge ausgezahlt, jedoch keine Beiträge an eine Krankenkasse abgeführt werden. Für die Ermittlung der Krankenkasse von Personen, die am 1. Januar 1989 bereits Versorgungsbezüge beziehen, wird eine Übergangsfrist von sechs Monaten eingeräumt. Die neu eingefügte Auskunftspflicht des Versorgungsempfängers ist erforderlich, damit die Zahlstelle ihrer Meldepflicht nachkommen kann.

Zu § 212 — Meldepflichten bei Bezug von Erziehungsgeld

Auch die nach Landesrecht für die Auszahlung des Erziehungsgeldes zuständigen Stellen haben den Krankenkassen Beginn und Ende der Zahlung des Erziehungsgeldes zu melden.

Zu § 216 — Bildung und Vereinigung von Landesverbänden

Absatz 3

Die Änderung folgt einem Vorschlag des Bundesrates. Der Fortbestand länderübergreifender Landesverbände wird an die Zustimmung aller betroffenen Länder geknüpft. Das Gesundheits-Reformgesetz weist den Landesverbänden der Krankenkassen neue wichtige Aufgaben insbesondere im Krankenhausbereich (Abschluß und Kündigung von Versorgungsverträgen, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, Großgeräteplanung) zu. Auch im Bereich der Rechtsbeziehungen zu Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und sonstigen Leistungserbringern erfährt die Stellung der Landesverbände eine deutliche Aufwertung.

Zu einer wirksamen Gesundheitspolitik auf Landesebene sind daher künftig noch intensivere Kontakte zwischen den obersten Landesbehörden, den Landesverbänden der Anbieter und den Landesverbänden der Krankenkassen geboten. Dies setzt entsprechende Organisationsstrukturen der Landesverbände der Krankenkassen voraus.

Absatz 4

Die Neufassung stellt klar, daß die in der Vorschrift bezeichneten Krankenkassen zugleich die Rechtsstellung eines Landesverbandes haben.

Zu § 220 — Aufgaben der Landesverbände

Absatz 2

Die Änderung zu Nummer 8 folgt einem Vorschlag des Bundesrates und stellt den Wortlaut des bisher geltenden Rechts (§ 414 e Satz 2 Buchstabe b RVO) wieder her. Die Zuständigkeit für den Betrieb von Rechenzentren verbleibt bei der einzelnen Krankenkasse. Den Landesverbänden kommt wie nach bisherigem Recht eine unterstützende Funktion zu.

Zu § 222 — Spitzenverbände

Absatz 3

Die Änderung soll sicherstellen, daß bei der Festsetzung der Festbeträge keine Verzögerungen eintreten. Die Ersatzvornahme durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kommt für Fälle in Betracht, in denen die Spitzenverbände Festbeträge trotz der Möglichkeit der Entscheidung nicht festsetzen. Auch im Rahmen der Ersatzvornahme sind die gesetzlichen Vorgaben für die Festsetzung der Festbeträge inhaltlicher und formaler Art, z.B. die Beteiligung von Sachverständigen, einzuhalten. Es wird davon ausgegangen, daß das Verfahren der Ersatzvornahme etwa in drei Monaten abgewickelt werden kann.

Einer Ersatzvornahme nach dem 30. Juni 1989 bedarf es nur, wenn nach der Bildung von Gruppen durch den Bundesausschuß festgestellt wird, daß die Spitzenverbände mit der Festsetzung von Festbeträgen ohne besondere Gründe zögern und in absehbarer Zeit von ihnen keine Festsetzungen zu erwarten sind.

Zu § 226 — Aufgaben der Bundesverbände

Absatz 1

Die Änderung folgt einem Vorschlag des Bundesrates.

Absatz 2

Die Änderung folgt einem Vorschlag des Bundesrates. Aus Gründen des Datenschutzes ist diese Klarstellung wünschenswert.

Absatz 3

Redaktionelle Anpassung.

Zu § 233 — Beitragsfreiheit bei Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld

Auch der Bezug von Leistungen der Länder, die dem Erziehungsgeld nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz vergleichbar sind, soll beitragsfrei sein.

Zu § 254 — Beitragssatz für Studenten und Praktikanten

Absatz 1

Die Änderung in Satz 1 stellt klar, daß die Vorschrift für alle nach § 5 Abs. 1 Nr. 10 Versicherungspflichtigen, also auch für die Auszubildenden ohne Arbeitsentgelt, gilt, die im Regierungsentwurf nicht ausdrücklich genannt wurden.

Satz 3 bestimmt nunmehr auch den Zeitpunkt, ab dem der Beitragssatz für Praktikanten Anwendung findet.

Absatz 2

Durch die Änderung wird eine Verweisung berichtigt.

Zu § 265 — Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

Absatz 2

Die Beiträge aus Nachzahlungen von Versorgungsbezügen hat nach geltendem Recht die Krankenkasse einzuziehen. Bereits jetzt haben jedoch die Zahlstellen abweichend von dieser Regelung die Beiträge aus rückwirkend vorgenommenen Anpassungen der Versorgungsbezüge an die wirtschaftliche Entwicklung selbst einbehalten und zusammen mit den Beiträgen aus den laufenden Versorgungsbezügen an die Krankenkasse abgeführt, um den Verwaltungsaufwand bei Zahlstellen und Krankenkassen möglichst gering zu halten. Dieses Verfahren soll durch die vorgesehene Ergänzung abgesichert werden.

Hinsichtlich der Beiträge aus anderen Nachzahlungen und der Erstattung von Beiträgen sollen die Krankenkassen und die Zahlstellen abweichende, auf die Erfordernisse der einzelnen Zahlstellen abgestimmte Verfahren vereinbaren können.

Zu § 266 — Beitragszuschüsse für Beschäftigte

Absatz 2

In Satz 1 erfolgt eine redaktionelle Klarstellung. Zudem wird sichergestellt, daß Aufwendungen für private Krankenversicherungen zuschußfähig sind, soweit diese Leistungen gewähren, die das SGB V vorsieht. Eine Absicherung des gesamten Leistungskatalogs nach dem SGB V ist also nicht erforderlich; dem Beschäftigten bleibt es vielmehr überlassen, welche Leistungen er im einzelnen absichern will.

Zu § 270 — Rücklage

Absatz 2

Die Herabsetzung der Mindestrücklage ist sachgerecht, nachdem sich herausgestellt hat, daß die meisten Krankenkassen mit einer geringeren Rücklage auskommen. Die freiwerdenden Gelder können zu einer Beitragssatzsenkung verwandt werden. Für Krankenkassen mit einem höheren Rücklagenbedarf bleibt die Höchstrücklagengrenze von einer Monatsausgabe weiter bestehen.

Zu § 277 — Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner

Absatz 1

Gegenüber der Fassung des Regierungsentwurfs, die sich nicht auf versicherungspflichtige Rentner, die unter die Bestandsschutzregelung (Artikel 53) fallen, erstreckt, wird klargestellt, daß auch die Leistungsaufwendungen für diese Rentner weiter im KVdR-Ausgleich ausgleichsfähig bleiben.

Zu § 278 — Ausgleichsfähige Leistungsaufwendungen

Absatz 1

Neben redaktionellen Berichtigungen unrichtiger Verweisungen wird klargestellt, daß Aufwendungen auch bei Kostenerstattung ausgleichsfähig sind, soweit es sich um ausgleichsfähige Leistungsaufwendungen handelt.

Absatz 2

Die nach dem Regierungsentwurf je nach Rentnerdichte der Krankenkassen in vier Stufen vorgesehene Intressenquote hätte bei Krankenkassen, die mit ihrer Rentnerquote an den Grenzen liegen, unter Umständen bereits bei geringfügiger Veränderung der Rentnerzahl eine erhebliche Veränderung des von der Krankenkasse zu tragenden Eigenanteils bewirkt. Zur Vermeidung eines bei dieser Regelung nicht auszuschließenden Anreizes zur Manipulation der Rentnerdichte ist nunmehr statt der vier Stufen ein gleitendes Modell der Eigenbeteiligung der Krankenkassen an den Leistungsaufwendungen für die KVdR vorgesehen. Das Nähere hierzu soll in der Verordnung nach § 282 geregelt werden. Bei der Bestimmung der Mitgliederzahl der Krankenkassen bleiben Studenten, Praktikanten und Examenskandidaten außer Ansatz, da sie auch nach geltendem Recht nicht am KVdR-Ausgleich beteiligt sind. Andernfalls könnte es zu Verwerfungen bei Krankenkassen in Hochschulstädten kommen.

Absatz 3

Bei der Änderung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Regelung über den Eigenanteil der Krankenkasse an den Leistungsaufwendungen für Rentner.

Zu § 282 a — Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

Die Vorschrift tritt an die Stelle der heute in § 342 RVO vorgesehenen Regelung über die Prüfung der Krankenkassen und bezieht die Verbände in diese Regelung mit ein. Die Vorschrift trägt dem Vorschlag des Bundesrates nach einer von der zu prüfenden Stelle unabhängigen Prüfungsinstanz Rechnung.

Mit der Neuregelung wird eine einheitliche gesetzliche Grundlage für alle gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände geschaffen. Die Prüfung wird den jeweils zuständigen Aufsichtsbehörden übertragen. Die Tatsache, daß einzelne Länder die Aufsicht über Krankenkassen zum Teil nachgeordneten Behörden übertragen haben, steht der Anwendung der Vorschrift nicht entgegen, da nach der insoweit vorrangigen bundesrechtlichen Regelung des § 90 Abs. 2 SGB IV die Aufsicht über die landesunmittelbaren Krankenkassen und Verbände den obersten Verwaltungsbehörden der Länder obliegt.

Anders als die Aufsichtsprüfung nach § 88 SGB IV muß die Prüfung alle fünf Jahre durchgeführt werden. Die aufgrund der Prüfungen festgestellten Sachverhalte sollen die Prüfstellen veranlassen, die Krankenkassen und Verbände zu beraten und ihnen Verbesserungen vorzuschlagen.

Die Aufgabe kann auch auf andere unabhängige öffentlich-rechtliche Einrichtungen übertragen werden.

Soweit bereits nach Landesrecht eine Delegation der Prüfungsaufgaben auf nachgeordnete Behörden stattgefunden hat, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig sind, ist eine erneute Übertragung der neuen Aufgabe auf diese Stellen entbehrlich.

Die von den Krankenkassen und ihren Verbänden zu tragenden Kosten der Prüfung schließen die bei den Aufsichtsbehörden bzw. Prüfeinrichtungen anfallenden Personalkosten und sonstige Verwaltungskosten ein.

Zu § 283 — Begutachtung und Beratung

Absätze 1 a und b

Es handelt sich im wesentlichen um redaktionelle Änderungen. Die bisher in den einzelnen Vorschriften des Leistungsrechts enthaltenen Pflichten der Krankenkassen zur Beteiligung des Medizinischen Dienstes werden zusammengefaßt.

Um eine reibungslose und effiziente Arbeit des Medizinischen Dienstes, insbesondere bei medizinisch eindeutigen Voraussetzungen, zu ermöglichen, können die Spitzenverbände der Krankenkassen bei Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen in Einzelfällen Ausnahmen von der Prüfpflicht beschließen. Dies gilt insbesondere bei Anschlußheilbehandlungen. Damit wird einem Anliegen des Bundesrates Rechnung getragen.

Wird häusliche Krankenpflege über vier Wochen hinaus beantragt, muß der Medizinische Dienst Voraussetzungen und Dauer der noch benötigten häuslichen Krankenpflege prüfen. Es wird davon ausgegangen, daß der Medizinische Dienst hierbei zweckmäßig vorgeht und bei offenkundig vorliegenden Voraussetzungen die Prüfung vereinfacht und Belastungen der Pflegebedürftigen vermeidet.

Um zu gewährleisten, daß für eine Dialysebehandlung unter den in Frage kommenden Dialyseformen (Heimdialyse mit einem Dialysegerät zu Hause, ambulante Dialyse in einer Arztpraxis, in einer Dialyseeinrichtung oder in einem Krankenhaus) die im Einzelfall notwendige und wirtschaftliche Behandlungsform gewählt wird, soll der Medizinische Dienst eingeschaltet werden können.

Absatz 2

Es wird klargestellt, daß die Krankenkasse den Medizinischen Dienst zur Beratung des Versicherten sowie in Fragen der Qualitätssicherung zu Rate ziehen kann.

Zu § 284 — Zusammenarbeit

Absatz 1

Die Vorschrift berücksichtigt das Datenschutzinteresse des Versicherten, der freiwillig — über seine bestehenden Mitwirkungspflichten hinaus — der Krankenkasse z.B. von ihm selbst besorgte Unterlagen überlassen hat. Diese Unterlagen dürfen nur mit Einwilligung des Versicherten an den Medizinischen Dienst weitergegeben werden. Die Einwilligung bedarf grundsätzlich der Schriftform. Die Krankenkasse hat den Versicherten hierauf hinzuweisen (Vorschlag des Bundesrates).

Absatz 1 a

Die neu eingefügte Vorschrift regelt insbesondere die Erhebung, Erfassung und Löschung personenbezogener Daten beim Medizinischen Dienst.

Personenbezogene Daten dürfen nur insoweit erhoben und erfaßt werden, als sie zur Wahrnehmung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes erforderlich sind. Die Aufgaben, für die die Daten benötigt werden, sind in § 283 zusammenfassend aufgeführt. Im Rahmen der allgemeinen Beratungsaufgabe wird nur in sehr eingeschränktem Umfang die Übermittlung personenbezogener Daten erforderlich sein.

Die Löschung personenbezogener Angaben hat nach fünf Jahren zu erfolgen. Dieser Zeitraum erscheint ausreichend, aber auch notwendig, um Krankheitsverläufe, z.B. im Hinblick auf erforderliche Rehabilitationsmaßnahmen, angemessen bewerten zu können und für den Versicherten belastende Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Für Beginn und Ende der Aufbewahrungsfristen gilt § 311 Abs. 1 Satz 2 und 3 entsprechend.

Der Verweis auf § 294 gewährleistet, daß auch der Medizinische Dienst eine Übersicht über die Art der gespeicherten personenbezogenen Daten zu erstellen und zu veröffentlichen hat und in Dienstanweisungen die Maßnahmen zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit zu regeln hat.

Für Forschungsvorhaben gilt § 295 und für den Wechsel der Zuständigkeit des Medizinischen Dienstes § 311 Abs. 2 entsprechend.

Satz 4 verhindert, daß bei dem Medizinischen Dienst personenbezogene Dateien aufgebaut werden.

Absatz 1 b

Die Vorschrift regelt das Akteneinsichtsrecht des Versicherten.

Das Auskunftsrecht ist durch § 79 in Verbindung mit § 83 des Zehnten Buches gewährleistet. Die Krankenkassen und der Medizinische Dienst haben die Versicherten durch geeignete Veröffentlichungen (Broschüren, Mitgliederzeitschriften etc.) auf den Auskunftsanspruch gegenüber dem Medizinischen Dienst hinzuweisen.

Absatz 2

Das Betretungsrecht des Medizinischen Dienstes in Krankenhäusern wird zeitlich und räumlich konkretisiert (Vorschlag des Bundesrates). Sofern eine Untersuchung des Versicherten durch den Arzt des Medizinischen Dienstes erforderlich ist, wird davon ausgegangen, daß diese nach Absprache mit den behandelnden Ärzten erfolgt.

Zu § 285 — Mitteilungspflichten

Absatz 1

Die Ergänzung stellt sicher, daß der Versicherte verhindern kann, daß vom Medizinischen Dienst erhobene Befunde an die Leistungserbringer weitergeleitet werden.

Zu § 287 — Verwaltungsrat und Geschäftsführer

Berichtigung entsprechend einem Vorschlag des Bundesrates.

Zu § 289 — Finanzierung und Aufsicht

Absatz 1

Die Änderung berücksichtigt, daß die nach Ländern gegliederte Statistik, die für die Finanzierung des Medizinischen Dienstes maßgebend ist, auf den Stichtag 1. Oktober abstellt.

Absatz 3

Nicht nur bei den Krankenkassen, sondern auch bei den Medizinischen Diensten soll die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Prüfung durch die Aufsichtsbehörden unterliegen. Die ärztliche Unabhängigkeit (§ 283 Abs. 3) ist hierbei zu beachten. Die Änderung entspricht einem Vorschlag des Bundesrates.

Zu § 290 — Koordinierung auf Bundesebene

Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden verpflichtet, zur Koordinierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes eine Arbeitsgemeinschaft zu bilden. Durch gemeinsame und einheitliche Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen sollen eine einheitliche Begutachtungspraxis (z.B. bei Schwerpflegebedürftigkeit) und einheitliche Grundsätze für Fort- und Weiterbildung sichergestellt werden.

Zu § 291 — Ausnahmen

Es wird klargestellt, daß auch für den Seeärztlichen Dienst die Geschäfte der See-Sozialversicherung (Unfall-, Renten-, Krankenversicherung) in Verwaltungsgemeinschaft weitergeführt werden können.

Zu §§ 292 bis 312 (Zehntes Kapitel) — Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz

Die Vorschriften des insgesamt neu gefaßten Zehnten Kapitels sind übersichtlicher gegliedert und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Anhörungen im Ausschuß überarbeitet worden. Die Änderungen und Ergänzungen beschränken sich auf den aus datenschutzrechtlichen Gründen zwingend gebotenen gesetzlichen Regelungsbedarf. Danach ist es geboten, die Grundlagen für die Erfassung, Übermittlung, Verwertung und Löschung personenbezogener Daten gesetzlich zu regeln. Die nähere Ausgestaltung im einzelnen bleibt — wie bisher — den jeweiligen Vertragspartnern vorbehalten.

Die Erfassung, Verwendung und Übermittlung von Leistungs- und Gesundheitsdaten wird ausschließlich für die im Gesetz bezeichneten Zwecke zugelassen und im Umfang auf das für den jeweiligen Zweck unerläßliche Minimum beschränkt. Damit ist es ausgeschlossen, patientenbezogene Gesundheitsprofile und Leistungskonten zu erstellen.

Die Vorschriften des Zehnten Kapitels schaffen die Voraussetzungen dafür, daß in dem gesetzlich zugelassenen Rahmen die Möglichkeiten der automatisierten Datenverarbeitung bei der Leistungsabrechnung und zur Vorbereitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung effizienter genutzt werden können. Dies wird ermöglicht durch

- die Übermittlung der für die Leistungsabrechnung und zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung erforderlichen Angaben auf maschinell verwertbaren Datenträgern,
- die Verwendung maschinenlesbarer Kennzeichen bei verordneten Arzneimitteln,
- die Einführung einer Krankenversichertenkarte, mit der Name, Adresse und Versichertennummer auf alle Abrechnungsbelege übertragen werden können.

Zu den einzelnen Vorschriften

Zu § 292 — Personenbezogene Daten bei den Krankenkassen

Absatz 1

Die Vorschrift ist redaktionell überarbeitet worden. Satz 1 und Satz 5 entsprechen § 310 Abs. 1 des Regierungsentwurfs. Die neuen Sätze 2 und 3 enthalten datenschutzrechtlich erforderliche Präzisierungen über die Voraussetzungen der Speicherung versichertenbezogener Angaben über ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern. Satz 4 stellt klar, daß diese Daten nicht länger als für den jeweiligen Verwendungszweck unbedingt notwendig gespeichert bleiben dürfen.

Absatz 2

Die Vorschrift enthält eine datenschutzrechtlich notwendige Klarstellung.

Absatz 3 entspricht § 310 Abs. 2 des Regierungsentwurfs.

Absatz 4

Die Änderung entspricht einem Vorschlag des Bundesrates.

Zu § 293 — Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen

Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzliche Datenschutzregelungen getroffen.

Absätze 1 und 2

Mit den Änderungen wird einem Vorschlag des Bundesrates entsprochen.

Absatz 3

Die Vorschrift übernimmt die zu § 292 Abs. 3 getroffene Regelung auch für die Verwendung personenbezogener Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Zu § 294 — Datenübersicht

Nach den Ergebnissen der Anhörungen sind Richtlinien der Spitzenverbände nicht sachgerecht. Eine unmittelbare gesetzliche Verpflichtung zur Aufstellung von Datenübersichten, die auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt (Vorschlag des Bundesbeauftragten für den Datenschutz), ist vorzuziehen.

Zu § 295 — Forschungsvorhaben

Im Gegensatz zu der entsprechenden Regelung in § 312 des Regierungsentwurfs enthält § 295 auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen eine gesetzliche Grundlage, für Forschungsvorhaben die rechtmäßig zugänglichen Daten auszuwerten.

Die Vorschrift schließt nunmehr für Forschungsvorhaben eine versichertenbeziehbare Datenverwendung aus. Sie enthält zusätzlich einen Hinweis auf die Verwertung von Erkenntnissen über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen. Es wird klargestellt, daß personenbeziehbare Daten zu anonymisieren sind.

Zu §§ 296 und 297 — Versichertenverzeichnis/Nachweis bei Familienversicherung

Die Vorschriften sind wortgleich mit den §§ 292 und 300 des Regierungsentwurfs. Die Führung des Versichertenverzeichnisses erstreckt sich ausdrücklich auch auf die nach § 10 versicherten Familienangehörigen von Mitgliedern. Für zur Feststellung der Familienversicherung benötigte Angaben, die die Krankenkasse vom Angehörigen oder mit dessen Zustimmung vom Mitglied erheben kann, begründet § 297 eine entsprechende Auskunftspflicht der Versicherten.

Zu § 298 — Krankenversichertennummer

Die Vorschrift wird in Satz 1 — wie vom Bundesrat vorgeschlagen — ergänzt. Satz 3 entspricht dem Anliegen des Datenschutzes, die Verwendung einer für alle Zweige der Sozialversicherung einheitlichen Versicherungsnummer aufzugeben. Nach Einführung der Krankenversichertenkarte, die bis zum 1. Januar 1992 abgeschlossen sein muß (vgl. § 299), entfällt die Notwendigkeit, die Rentenversicherungsnummer für Zwecke der Krankenversicherung weiterzuverwenden. Von diesem Zeitpunkt an darf für Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nur noch die Krankenversichertennummer verwendet werden.

Zu § 299 — Krankenversichertenkarte

Absatz 1

Bis zum 1. Januar 1992 soll bundesweit die Krankenversichertenkarte eingeführt werden. Es wäre weder wirtschaftlich sinnvoll noch praktikabel, Krankenscheine und Krankenversichertenkarten nebeneinander auszustellen. Die durchgängige Verwendung der Krankenversichertenkarte bietet den Ärzten bei der Beschriftung der auszustellenden Belege sowie den Krankenkassen bei der Datenerfassung durch das Umdruckverfahren erhebliche Rationalisierungsvorteile. Außerdem ist das Verfahren geeignet, durch die Unterschriftsleistung auf dem Abrechnungsschein dem Mißbrauch von Blanko-Krankenscheinen entgegenzuwirken. Der Vertrauensschutz des Arztes, Lei-

stungen an Versicherte zu erbringen und zu Lasten der Krankenkasse abrechnen zu können, wird anstelle der Entgegennahme eines Krankenscheins durch die Feststellung der Identität der Unterschriften auf der Krankenversichertenkarte und dem Abrechnungsschein begründet. Ebenso wie derzeit in Fällen einer mißbräuchlichen Verwendung von Krankenscheinen obliegt es den Krankenkassen, gegen eine mißbräuchliche Verwendung von Krankenversichertenkarten — etwa nach Beendigung des Versicherungsschutzes — vorzugehen.

Die Einführung der Krankenversichertenkarte beeinflußt die ärztliche Überweisungspraxis grundsätzlich nicht. Die Vertragsparteien können vertraglich sicherstellen, daß bestimmte Facharztgruppen (z.B. Radiologen oder Laborärzte) nur aufgrund ärztlicher Überweisungen tätig werden (vgl. § 303 Abs. 4).

Absatz 3

Den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wird aufgegeben, die für die bundeseinheitliche Einführung und Gestaltung der Krankenversichertenkarte notwendigen Vorkehrungen im einzelnen abzustimmen.

Zu § 300 — Angaben über Leistungsvoraussetzungen

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 293 des Regierungsentwurfs. Sie wird entsprechend dem Vorschlag des Bundesrates ergänzt. Außerdem werden die im Falle der Teilnahme von Krankenkassen an der Erprobung der Beitragsrückzahlung notwendigen Aufzeichnungen präzisiert.

Zu § 303 — Abrechnung ärztlicher Leistungen

Anstelle bisher vorgesehener vertraglicher Ermächtigungen enthält § 303 Abs. 1 und 2 aus datenschutzrechtlichen Gründen nunmehr gesetzliche Verpflichtungen für Ärzte (Absatz 1) und Kassenärztliche Vereinigungen (Absatz 2). Die Übermittlungsvorschrift des Absatzes 2 trägt dabei dem Umstand Rechnung, daß § 93 Abs. 2 für die Berechnung der Gesamtvergütung unterschiedliche Berechnungsarten zuläßt. Die Spitzenverbände sollen durch ergänzende Vereinbarungen sicherstellen, daß bei Einführung der Krankenversichertenkarte zweckdienliche Vorkehrungen für eine sachgerechte Handhabung in Überweisungsfällen getroffen werden.

Zu § 304 — Durchschnittsprüfungen, Prüfung nach Richtgrößen

Die — auch in ihrer Ausführlichkeit — datenschutzrechtlich zwingenden Vorschriften regeln den für die Durchführung der Prüfungen nach Durchschnittswerten und Richtgrößen (§ 114 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2) erforderlichen Datenaustausch zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Neu ist dabei die Verpflichtung, die Daten auf Wunsch auch papierlos und damit einfacher auswertbar zu übermitteln.

Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Übermittlung der Daten über ärztliche Leistungen, die die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen für die Prüfung nach Durchschnittswerten zur Verfügung stellen.

Absatz 2

Bei den abgerechneten Überweisungsfällen genügt für die Häufigkeitsstatistik die zusätzliche Angabe der Arztnummer des überweisenden Arztes. Einer weitergehenden Datenübermittlung, wie sie in § 305 des Regierungsentwurfs vorgesehen war, bedarf es insoweit nicht.

Absatz 3

In der aus datenschutzrechtlichen Gründen gebotenen Ausführlichkeit regelt die Vorschrift die Übermittlung der Daten über ärztlich verordnete Leistungen, die die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Prüfung nach Durchschnittswerten und Richtgrößen zur Verfügung stellen.

Absatz 4

Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen konkretisierende Vereinbarungen über die zu übermittelnden Angaben über verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel treffen können.

Absatz 5

Die für die Einbeziehung von Arbeitsunfähigkeitsfällen in die Häufigkeitsstatistik zu übermittelnden Angaben werden genauer gefaßt.

Zu § 305 — Stichprobenprüfungen

Die Vorschrift über Stichprobenprüfungen ist gegenüber § 304 des Regierungsentwurfs insbesondere um einige aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzichtbare Regelungen ergänzt worden.

Absatz 1

Zeitpunkt und Verfahren der Auswahl der in die Stichprobenprüfung nach § 114 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 einbezogenen Ärzte werden präzisiert.

Absatz 2

Von einer Übermittlung von Diagnosen auf maschinell verwertbaren Datenträgern wird abgesehen. Soweit es in dem Verfahren vor dem Prüfungs- oder Beschwerdeausschuß für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- oder Verordnungsweise eines Arztes auf die Kenntnis von Diagnosen in einzelnen Behandlungsfällen ankommt, reicht es aus, insoweit auf die Originalunterlagen zurückzugreifen.

Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Übermittlung der Daten über ärztlich verordnete Leistungen, die die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen für Stichprobenprüfungen zur Verfügung stellen.

Absatz 4

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird die Zusammenführung versichertenbeziehbarer Daten über ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen auf den zur Durchführung der Stichprobenprüfung jeweils erforderlichen Umfang begrenzt.

Zu § 306 — Übermittlung versichertenbeziehbarer Daten

Da Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Behandlungs- oder Verordnungsweise zunächst nur statistisch ermittelt werden, ist es aus datenschutzrechtlichen Gründen erforderlich klarzustellen, daß in den Verfahren bei den Ausschüssen nach § 114 Abs. 4 zur Beurteilung der Behandlungs- oder Verordnungsweise auf die Originalbelege zurückgegriffen werden kann.

Zu § 307 — Abrechnungsdaten bei Beitragsrückzahlung

Die Vorschrift wird in dem für die Durchführung der Beitragsrückzahlung erforderlichen Umfang ergänzt und präzisiert. Neben den Kassenärztlichen Vereinigungen werden auch die Krankenhäuser und die sonstigen Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die notwendigen Angaben zu übermitteln. Entsprechend dem Zweck der Vorschrift wird klargestellt, daß lediglich Art und Kosten in Anspruch genommener Leistungen versichertenbezogen zu übermitteln sind.

Zu § 308 — Arzneimittelabrechnung

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 308 des Regierungsentwurfs. Aus systematischen Gründen werden jedoch die Verpflichtungen der Apotheken in Absatz 1 vorangestellt.

Im Unterschied zu § 308 Abs. 2 des Regierungsentwurfs ermöglicht die Vorschrift, die näheren Einzelheiten zur Inanspruchnahme von Rechenzentren auf Landesebene zu vereinbaren. Sie eröffnet ferner die Möglichkeit, daß durch Verträge zwischen den Krankenkassen und der jeweils auf Landesebene maßgeblichen Apothekerorganisation die für die ordnungsgemäße Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen jeweils erforderliche Transparenz der Arzneimittelverordnungen auch auf andere Weise als durch die Übertragung der Arzneimittelkennzeichen auf die Rezepte sichergestelt werden kann.

Den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen obliegt es, das Nähere mit der auf Landesebene maßgeblichen Apothekerorganisation zu vereinbaren.

Im Falle des Nichtzustandekommens der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung soll eine Schiedsstelle entscheiden.

Zu § 309 — Krankenhäuser

Datenschutzrechtliche Gründe sowie der hohe Anteil der Aufwendungen für Krankenhausbehandlung an den Gesamtausgaben der Krankenkassen gebieten es, den Krankenhäusern eine eigene Vorschrift über die von diesen bei Krankenhausbehandlung zu übermittelnden Angaben zu widmen. Es handelt sich um eine Datenübermittlungsvorschrift, in der die Daten aufgelistet sind, die die Krankenkassen zur Durchführung ihrer Aufgaben von den Krankenhäusern benötigen. Es wird davon ausgegangen, daß sich die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bei der nach Absatz 2 Satz 1 zu treffenden Vereinbarung über eine geeignete Diagnoseverschlüsselung an der für den Bereich der Bundespflegesatzverordnung vorgeschriebenen Verschlüsselung orientieren.

Zu § 310 — Sonstige Leistungserbringer

Die Vorschrift enthält — unter Angleichung des Wortlauts an § 302 des Regierungsentwurfs — datenschutzrechtlich gebotene Ergänzungen.

Zu § 310 a — Abweichende Vereinbarungen

Den Bedürfnissen der Praxis, für die Abrechnung der Krankenkassen mit den Leistungserbringern vereinfachte Verfahren vereinbaren zu können, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung gewährleistet bleibt, soll Rechnung getragen werden.

Zu § 311 — Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen

In Anknüpfung an die entsprechenden Vorschriften in § 296 Abs. 1 und 2 des Regierungsentwurfs erweitert Absatz 1 den Anwendungsbereich der Löschungsvor-

schriften auf sämtliche für Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gespeicherten personenbezogenen Daten. Danach gelten für Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen gleiche Aufbewahrungsfristen. Aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität soll die Löschung von Daten jedoch generell nur einmal jährlich erfolgen. Satz 3 stellt klar, daß Leistungsdaten, bei denen ein Personenbezug nicht mehr herstellbar ist, für Zwecke der Krankenversicherung auch über die Aufbewahrungsfristen hinaus genutzt werden dürfen.

Zu § 312 — Auskünfte an Versicherte

Im Unterschied zur Regelung des § 311 des Regierungsentwurfs sollen auch die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, Auskünfte zu erteilen.

Zu Artikel 2 — Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1 (§ 21 Abs. 1)

Bei der Aufzählung der Leistungen wird berücksichtigt, daß das einmalige Mutterschaftsgeld (bisher § 200 b RVO und § 29 KVLG 1972) künftig als Entbindungsgeld bezeichnet wird (§ 200 b RVO in der Fassung des Artikels 5 Nr. 1 b und § 1 KVLG 1972 in der Fassung des Artikels 5 a Nr. 3).

Zu Artikel 3 — Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2 a (§ 2 Abs. 2)

Die Streichung ist eine Folgeänderung zur Regelung in Artikel 1 § 5, nach der Selbständige — mit Ausnahme der Landwirte und Künstler — nicht mehr zum versicherten Personenkreis gehören.

Zu Nummer 2 b (§ 18 b Abs. 2 Satz 2)

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des Artikels 1 angepaßt.

Zu Nummern 3 bis 7 und 13 (§§ 28 d, 28 e, 28 h, 28 i, 28 p und 95)

Die Änderungen wurden in den Änderungsantrag zum Entwurf eines Melderecht- und Beitragseinzug-Einordnungsgesetzes (Drucksache 11/2221) übernommen. Es muß vermieden werden, daß einander widersprechende Bestimmungen im Gesundheits-Reformgesetz und im Gesetz zur Einordnung des Melde- und Beitragsrechts in das SGB IV am gleichen Tag (1. Januar 1989) in Kraft treten.

Zu Artikel 4 — Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Absatz 2 Nr. 1 (§ 96 Abs. 3)

Der Hinweis auf § 76 SGB X stellt klar, daß die Offenbarungsvorschriften für medizinische Daten, wie die übrigen Datenschutzbestimmungen, bei der Übermittlung an Zentraldateien Anwendung finden. Diese Übermittlung darf nur im Rahmen der normierten Zwecke gemäß § 79 SGB X erfolgen. Daraus ergibt sich ferner, daß nur Stellen, die die Sozialgeheimnisse zu wahren haben, also § 35 SGB I unterliegen, eine Zentraldatei führen dürfen.

II. Zum Zweiten Teil — Änderung weiterer Gesetze

Zu Artikel 5 — Reichsversicherungsordnung

Zu Nummer 01 (§§ 122 und 123)

Die Streichung des § 122 erfolgt wegen Artikel 1 § 28. § 123 ist durch Zeitablauf gegenstandslos geworden, da im Rahmen der kassenzahnärztlichen (vertragszahnärztlichen) Versorgung kein staatlich anerkannter Dentist mehr tätig ist.

Zu Nummer 1 (Streichung von Vorschriften des Zweiten Buches)

Die Neufassung berücksichtigt, daß die Vorschriften über die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (Artikel 1 §§ 57 bis 64 des Entwurfs) als §§ 195 bis 200 b in der Reichsversicherungsordnung verbleiben sollen (siehe Nummer 1 b) und die Vorschriften über die Sonstigen Hilfen (§§ 200 e bis 200 g RVO) unverändert dort belassen werden sollen. Das bedingt auch die Beibehaltung der auf diese Vorschriften Bezug nehmenden Vorschriften in § 179, § 368 Abs. 2 Satz 4, § 368 n Abs. 6 Satz 1 und § 368 p Abs. 6 Satz 1 RVO.

Ferner wird § 342 gestrichen, da die Vorschrift durch die Neuregelung in Artikel 1 § 282 a ersetzt wird.

Zu Nummern 1 a und 1 b (§§ 179 und 195 bis 200 b)

Die §§ 196 bis 200 b entsprechen den §§ 57 bis 64 in Artikel 1 des Entwurfs. Im übrigen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Herausnahme der §§ 57 bis 64 aus Artikel 1 des Entwurfs. § 195 Abs. 2 erfaßt insbesondere die allgemeinen leistungsrechtlichen Vorschriften der §§ 12 bis 19 des Artikels 1. In § 196 Abs. 1 wird der Umfang der ärztlichen Betreuung gegenüber Artikel 1 § 57 Abs. 1 des Entwurfs verdeutlicht.

Zu Nummer 2 (§ 342)

Die Vorschrift entfällt wegen der Streichung des § 342 durch Artikel 5 Nr. 1.

Zu Nummer 7 a (§ 368 Abs. 2 Satz 4)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Belassung der §§ 200 e bis 200 g in der Reichsversicherungsordnung.

Zu Nummer 12 Buchstabe b (§ 413 Abs. 2)

Die Änderung des neuen Satzes 2 ist eine Folgeänderung zur Einfügung der Vorschrift des § 282 a in Artikel 1, die am 1. Januar 1990 in Kraft treten soll (siehe Artikel 70 Abs. 2 a).

Zu Nummer 31 Buchstabe a (§ 1304 e Abs. 1 Nr. 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung der Gesetzesbezeichnung in Artikel 7.

Zu Artikel 5 a — Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte

Zu Nummer 1 (Streichung von Vorschriften des Gesetzes)

Das Gesetz soll nicht mehr, wie in Artikel 70 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 des Entwurfs vorgesehen, insgesamt außer Kraft treten. Die Vorschriften über die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (siehe Artikel 1 §§ 57 bis 64 und Artikel 7 § 9 Abs. 1, Abs. 3 Nr. 1 und Abs. 4, § 10, § 11 und § 14 des Entwurfs) sollen als §§ 22 bis 31 im Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte von 1972 verbleiben (siehe Nummer 3) und die Vorschriften über die Sonstigen Hilfen (§§ 31 a bis 31 c KVLG 1972) sollen unverändert dort belassen werden. Das bedingt auch die Beibehaltung der auf diese Vorschriften Bezug nehmenden Vorschriften in § 7 und § 74 Abs. 1 KVLG 1972.

Zu Nummern 2 und 3 (§§ 7 und 22 bis 31)

Die §§ 23 bis 31 entsprechen inhaltlich den §§ 57 bis 59, 63 und 64 in Artikel 1 und den diesbezüglichen Vorschriften in § 9 Abs. 1, Abs. 3 Nr. 1 und Abs. 4, § 10, § 11 und § 14 in Artikel 7 des Entwurfs. Im übrigen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Herausnahme der genannten Vorschriften aus Artikel 1 und Artikel 7 des Entwurfs. § 22 Abs. 2 erfaßt insbesondere die allgemeinen leistungsrechtlichen Vorschriften der §§ 12 bis 19 des Artikels 1. In § 23 Abs. 1 wird der Umfang der ärztlichen Betreuung gegenüber Artikel 1 § 57 Abs. 1 des Entwurfs verdeutlicht.

Zu Artikel 6 — Angestelltenversicherungsgesetz

Zu Nummer 7 Buchstabe a (§ 83 e Abs. 1 Nr. 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung der Gesetzesbezeichnung in Artikel 7.

Zu Artikel 7 — Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

Zur Gesetzesbezeichnung

Die Änderung der Gesetzesbezeichnung ist eine Folgeänderung zur teilweisen Aufrechterhaltung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte von 1972 durch Artikel 5 a, um Verwechselungen in der Bezeichnung beider Gesetze zu vermeiden.

Zu § 1 — Aufgaben der Krankenversicherung für Landwirte

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu Artikel 5 a Nr. 3.

Zu § 3 — Verhältnis der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen

Die Änderung des Absatzes 2 Nr. 5 ist eine redaktionelle Anpassung an § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V.

Zu § 4 — Befreiung von der Versicherungspflicht

Die Änderung des Absatzes 3 Satz 1 ist eine Folgeänderung zur Änderung des § 266 Abs. 2 Nr. 1 SGB V. Es wird sichergestellt, daß Aufwendungen für private Krankenversicherungen zuschußfähig sind, soweit diese Versicherungen Leistungen gewähren, die das SGB V vorsieht. Zuschußfähig sind daher auch Aufwendungen für eine Pflegeversicherung. Die Änderung des Absatzes 4 Satz 2 dient dem einheitlichen Sprachgebrauch im KVLG 1989 (vgl. z.B. § 38 Abs. 2 Satz 1 und § 57 Abs. 3 Satz 2).

Zu § 6 — Freiwillige Versicherung

Die Änderung in Absatz 1 Nr. 1 stellt klar, daß bei der für das Beitrittsrecht notwendigen Vorversicherungszeit nur Zeiten einer Mitgliedschaft aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer freiwilligen Versicherung berücksichtigt werden, nicht jedoch Zeiten einer Formalversicherung nach § 23.

Mit der Berichtigung in Absatz 1 Nr. 2 wird sichergestellt, daß die Ehefrau eines Nebenerwerbslandwirts, die wegen der Neuregelung des § 10 Abs. 1 Nr. 4 SGB V aus der Familienhilfe ausscheidet, freiwilliges Mitglied einer landwirtschaftlichen Krankenkasse werden kann.

Zu § 8 — Grundsatz

Die Änderungen in Absatz 1 und 2 sind Folgeänderungen zu Artikel 5 a.

Zu § 9 — Betriebshilfe

Durch die Nennung der §§ 24 und 40 SGB V in Absatz 2 Satz 1 wird klargestellt, daß Betriebshilfe auch bei Kuren für Mütter gewährt wird. Die Änderung des Absatzes 3 ist eine Folgeänderung zu Artikel 5 a Nr. 3.

Zu § 10 — Haushaltshilfe

Durch die Nennung der §§ 24 und 40 SGB V in Absatz 1 wird klargestellt, daß Haushaltshilfe auch bei Kuren für Mütter gewährt wird. Im übrigen handelt es sich um Folgeänderungen zu Artikel 5 a Nr. 3.

Zu § 13 — Krankengeld für nicht rentenversicherungspfichtige mitarbeitende Familienangehörige

Der Wegfall der Verweisung auf § 43 Abs. 3 SGB V in Absatz 4 ist eine Folgeänderung zur Streichung der §§ 65 bis 67 in Artikel 1 des Entwurfs.

Zu § 14 — Mutterschaftsgeld

Der Wegfall der Vorschrift ist eine Folgeänderung zu Artikel 5 a Nr. 3.

Zu § 15 — Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Durch die Änderung wird das Gewollte präziser zum Ausdruck gebracht: Bei der für die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit notwendigen Vorversicherungszeit soll bei Landwirten frühestens vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des KVLG 1972 (1. Oktober 1972) ausgegangen werden.

Zu § 16 — Vertragsrecht

Der Wegfall des Absatzes 2 ist eine Folgeänderung zu § 35 a.

Zu § 17 — Anstellung von Personen zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege, Betriebs- und Haushaltshilfe

Die landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger sichern die Gewährung von Betriebshilfe nicht nur durch die Anstellung von Personen, sondern nehmen dafür in größerem Umfang auch andere geeignete Personen, Einrichtungen oder Unternehmen in Anspruch. § 141 Abs. 1 Satz 2 SGB V gibt hierfür keine ausreichende Rechtsgrundlage (siehe § 8 Abs. 1). Die Regelung des Satzes 2 entspricht einem Anliegen des Bundesrates (Nr. 178 der Stellungnahme).

Zu § 20 a — Wahlrecht zur Gärtner-Krankenkasse

Die im Regierungsentwurf vorgesehene Streichung des § 113 KVLG 1972 ist nicht sachgerecht und wird mit der Änderung rückgängig gemacht. Dem in § 113 KVLG 1972 bezeichneten Personenkreis soll das Wahlrecht zur Gärtner-Krankenkasse uneingeschränkt erhalten bleiben.

Zu § 21 — Wahlrecht der Studenten und Praktikanten

Die Änderung des Absatzes 1 Nr. 2 ist eine redaktionelle Anpassung an § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V.

Zu § 22 — Beginn der Mitgliedschaft

Die Änderung des Absatzes 2 ist eine Folgeänderung der Änderung des § 197 SGB V.

Zu § 25 — Fortbestehen der Mitgliedschaft

Die Änderung des Absatzes 1 Nr. 1 ist eine Folgeänderung zur Änderung des § 201 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

Zur Abschnittsüberschrift von § 34

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 35 a.

Zu § 35 a — Wahrnehmung von Ausgaben der Landesverbände der Krankenkassen

Die Vorschrift ersetzt — an gesetzsystematischer besser geeigneter Stelle — die bisher in § 16 Abs. 2 vorgesehene Regelung über die Wahrnehmung von Aufgaben der Landesverbände auf dem Gebiet des Vertragsrechts. Sie enthält eine umfassende Aufgabenzuweisung für alle Angelegenheiten, die nach dem SGB V den Landesverbänden der Krankenkassen obliegen. Dazu gehört z.B. auch die Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel (§ 35 a SGB V).

Zu § 39 — Beitragsberechnung bei Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft

In Absatz 1 wird die Änderung des § 65 Abs. 1 KVLG 1972 übernommen, die durch Artikel 3 des Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes" vom 21. Juli 1988 (BGBl. I S. 1053) mit Wirkung vom 1. Juli 1988 erfolgt ist.

Durch die Änderung des Absatzes 6 wird klargestellt, daß die Schätzung der Krankenkasse nach dem gleichen Maßstab vorzunehmen ist, nach dem die Beitragsklassen nach Absatz 1 festgesetzt sind.

Zu § 41 — Beitragsberechnung für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige

Die Änderung des Absatzes 5 ist eine Folgeänderung zur Änderung des § 201 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

Zu § 44

Die neue Reihenfolge der beitragspflichtigen Einnahmen entspricht der Reihenfolge, in der die Einnahmearten bei der Beitragsberechnung zu berücksichtigen sind.

Zu § 53 a — Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

Die Vorschrift ist eine Folgeänderung zu § 282 a SGB V.

Zur Überschrift des Siebten Abschnitts vor § 54 und zu § 54

— Medizinischer Dienst, Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz

Die Änderungen sind Folgeänderungen zur Änderung der Überschrift des Zehnten Kapitels (§§ 292 bis 312) im SGB V.

Zu § 55 — Bußgeldvorschriften, Zusammenarbeit

Die Änderung des Absatzes 1 Nr. 1 Buchstabe a ist eine rechtsförmliche Berichtigung.

Zu § 57 — Übergangsvorschrift

Die Änderung des Absatzes 1 ist eine Folgeänderung zu Artikel 5 a.

Die Änderung des Absatzes 3 Satz 1 ist eine Folgeänderung zur Änderung des § 266 Abs. 2 Nr. 1 SGB V. Die Ausführungen zur Änderung des § 4 Abs. 3 Satz 1 gelten entsprechend.

Zu § 59 — Übergangsvorschrift

Die Änderungen des Absatzes 2 und des Absatzes 3 Satz 1 sind Folgeänderungen zu Artikel 5 a.

Zu Artikel 8 — Reichsknappschaftsgesetz

Zu Nummer 2 (§ 20)

Die Änderung des ersten Halbsatzes ist eine redaktionelle Folgeänderung zur Herausnahme der §§ 57 bis 67 aus Artikel 1 des Entwurfs.

Zu Nummer 9 Buchstabe a (§ 96 c Abs. 1)

Die Änderung der Nummer 1 ist eine Folgeänderung zu Artikel 5 a.

Zu Nummer 12 (§ 116 Satz 2)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zur Herausnahme der §§ 57 bis 64 aus Artikel 1 des Entwurfs.

Zu Artikel 10 — Künstlersozialversicherungsgesetz

Zu Nummer 1 (§ 5)

Die Änderung in Nummer 4 der Vorschrift ist eine Folgeänderung zu Artikel 5 a.

Zu Artikel 12 — Gesetz über die Verwaltung der Mittel der Träger der Krankenversicherung

Der angefügte Satz 2 ist eine dem § 28 c HkG (siehe Artikel 37 Nr. 3) entsprechende Übergangsvorschrift. Sie ist zur Abwicklung der Fälle notwendig, in denen Ansprüche nach dem durch Satz 1 gestrichenen Artikel 8 Nr. 2 KVMG vor dem Inkrafttreten des § 90 b BVFG (siehe Artikel 36 Nr. 2, Artikel 70 Abs. 1) entstanden sind. Die Befristung entspricht der 78-Wochen-Frist nach § 90 b Abs. 1 a Satz 1 BVFG.

Zu Artikel 13 — Arbeiterrentenversicherungs-Neuregelungsgesetz

Zu Nummer 3 (Artikel 2 § 51 a Abs. 4)

Die Streichung des Absatzes 4 ist eine Folge der im Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommenen Gleichbehandlung der Rentner nach § 51 a ArVNG mit den anderen Rentnern der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten.

Nach Artikel 2 § 51 a Abs. 4 ArVNG gilt eine Rente, deren Berechnung nachentrichtete Beiträge zugrunde liegen, dann nicht als Rente im Sinne der §§ 165 und 1304 e RVO, wenn weder die „kleine Wartezeit" von 60 Kalendermonaten Versicherungszeit ohne die nachentrichteten Beiträge noch die Halbbelegung mit Pflichtbeiträgen erfüllt sind. Dies bedeutet, daß bei Bezug einer solchen Rente Versicherungspflicht als Rentner nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO nicht eintreten kann und ein Beitragszuschuß — sei es aufgrund einer anderweitigen Pflichtversicherung oder einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankenversicherung — nicht gezahlt werden darf.

Diese Sonderregelung ist nicht mehr sachlich zwingend geboten. Deshalb wird auch die Rente im Sinne des Artikels 2 § 51 a Abs. 4 ArVNG durch § 237 SGB V in die Beitragspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen und damit eine beitragsrechtliche Gleichbehandlung der sogenannten Artikelrentner mit den übrigen Rentnern der gesetzlichen Ren-

tenversicherung der Arbeiter und der Angestellten vorgenommen.

Mit der Streichung des Absatzes 4 wird das Anliegen der Gleichbehandlung dieser beiden Personengruppen konsequent verwirklicht. Dies bedeutet, daß die Artikelrenten zur Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner führen können — vorausgesetzt, die verschärften Voraussetzungen hinsichtlich der Vorversicherungszeit werden erfüllt — und daß die Artikelrentner einen Anspruch auf den Beitragszuschuß nach § 1304 e RVO erhalten.

Zu Artikel 14 —
Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetz

Zu Nummer 3 (Artikel 2 § 49 a Abs. 4)

Die Ausführungen zu Artikel 13 Nr. 3 gelten entsprechend.

Zu Artikel 15 —
Knappschaftsrentenversicherungs-Neuregelungsgesetz

Zu Nummer 2 (Artikel 2 § 26 c)

Mit der Änderung wird die Beteiligung der knappschaftlichen Rentenversicherung an den Aufwendungen der knappschaftlichen Krankenversicherung in Höhe von 100 Mio DM jährlich, die ihr von den Trägern der Arbeiterrentenversicherung zu 84 v.H. und von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu 16 v.H. zu erstatten sind, um zwei Jahre verlängert.

Die Verlängerung des Beteiligungszeitraums soll Verluste der knappschaftlichen Krankenversicherung ausgleichen, die insbesondere durch die Einbeziehung der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner in den KVdR-Belastungsausgleich aufgetreten sind, und ermöglichen, eine wegen Auslaufens dieser Beteiligungsregelung sonst erforderliche weitere Beitragssatzanhebung zu vermeiden.

Zu Artikel 17 — Zulassungsordnung für Kassenärzte

Zu Nummer 4 Buchstaben a und b (§ 3 Abs. 2 Buchstabe b und Abs. 3)

Einem Vorschlag des Bundesrates folgend (Nr. 180 der Stellungnahme) soll die Anrechenbarkeit von Zeiten als Arzt im Praktikum auf die Vorbereitungszeit dahin gehend erweitert werden, daß auch Zeiten in der Praxis eines niedergelassenen Arztes anrechnungsfähig sind. Darüber hinaus wird klargestellt, daß die Vorbereitungszeit auch in Teilzeitbeschäftigung geleistet werden kann. Wird von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht, kommt im Interesse der Qualität der Vorbereitungszeit regelmäßig eine Halbtagsbeschäftigung in Betracht. Die Vorbereitungszeit muß dann allerdings entsprechend verlängert werden.

Zu Nummer 6 a (§ 9 Abs. 2)

Das Recht zur Einsichtnahme in das Arztregister wird im Interesse der im Register erfaßten Ärzte eingeschränkt. Die Änderung folgt einem Vorschlag des Bundesrates (Nr. 181 der Stellungnahme).

Zu Nummer 17 (§§ 31 und 31 a)

Die Änderung des § 31 a Abs. 1 Satz 2 ist eine redaktionelle Anpassung an § 124 Satz 2 SGB V.

Zu Nummer 21 (Anlage zu § 2 Abs. 2)

Die Aufnahme des Familienstands in das Arztregister ist nicht erforderlich. Die Änderung folgt einem Vorschlag des Bundesrates (Nr. 182 der Stellungnahme).

Zu Artikel 18 — Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte

Zu Nummer 5 a (§ 9 Abs. 2)

Das Recht zur Einsichtnahme in das Zahnarztregister wird im Interesse der im Register erfaßten Zahnärzte eingeschränkt. Die Änderung folgt einem Vorschlag des Bundesrates (Nr. 183 der Stellungnahme).

Zu Nummer 16 (§§ 31 und 31 a)

Die Änderung des § 31 a Abs. 1 Satz 2 ist eine redaktionelle Anpassung an § 124 Satz 2 SGB V.

Zu Nummer 19 (Anlage zu § 2 Abs. 2)

Die Aufnahme des Familienstands in das Zahnarztregister ist nicht erforderlich. Die Änderung folgt einem Vorschlag des Bundesrates (Nr. 184 der Stellungnahme).

Zu Artikel 21 — Krankenhausfinanzierungsgesetz

Zu Nummer 3 a (§ 17 Abs. 4 a Satz 2)

Mit der Streichung des Satzes 2 entsprechend dem Anliegen des Bundesrates (Nr. 186 der Stellungnahme) entfällt die bisherige Beschränkung, daß Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung (Unterrichtskosten) nur noch bis zum 31. Dezember 1988 in den Pflegesatz eingehen dürfen. Den Ländern bleibt es jedoch unbenommen, entsprechend ihrer Verantwortung für das Bildungswesen die Unterrichtskosten aus Haushaltsmitteln zu tragen, wie dies z. B. in

Bayern seit Jahren geschieht. Die Finanzierung über den Pflegesatz bleibt nachrangig (vgl. § 17 Abs. 4 a Satz 1 KHG).

Zu Nummer 4 (§ 18 Abs. 1)

Die Änderung bindet auch den Landesausschuß der privaten Krankenversicherung in die Verantwortung für die Pflegesatzvereinbarungen ein. Außerdem stellt sie durch die Einführung von Mehrheitsentscheidungen eine zügige Konfliktlösung unter den beteiligten Organisationen sicher.

Zu Nummer 6 (§ 28)

Die Streichung in Absatz 1 Satz 2 verdeutlicht, daß die nach dieser Vorschrift unter die Auskunftspflicht der zugelassenen Krankenhäuser und der Sozialleistungsträger fallenden „allgemeinen" Angaben über die Patienten und ihre Erkrankungen von den „statistischen" Auskünften nach Absatz 2 zu trennen sind. Die Auskunftspflicht nach Absatz 1 betrifft Angaben, die der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und die zuständigen Landesbehörden unter Beachtung des Datenschutzes im Einzelfall für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem KHG anfordern dürfen. Davon zu trennen sind die von allen Krankenhäusern einschließlich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu liefernden Daten für die jährliche Krankenhausstatistik.

Die geänderte Fassung des Absatzes 2 präzisiert den Regierungsentwurf in zwei Punkten:

1. Die Sachverhalte, die von der Krankenhausstatistik umfaßt werden, werden in Satz 2 konkretisiert und abschließend aufgezählt.
2. Es wird klargestellt, daß die für die Krankenhausstatistik durchgeführten Erhebungen im Interesse einer klaren Trennung von Statistik und Verwaltungsvollzug von den statistischen Landesämtern nicht an die für die Durchführung des KHG zuständigen Landesbehörden weitergeleitet werden dürfen. Diese erhalten insoweit aber ein eigenständiges Auskunftsrecht gegenüber den zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäusern (Satz 4).

Der Träger eines Krankenhauses unterliegt somit einer doppelten Auskunftspflicht, einerseits gegenüber den statistischen Landesämtern, andererseits gegenüber den für die Krankenhausplanung und -finanzierung zuständigen Verwaltungsbehörden der Länder. Es steht dem Krankenhausträger frei, in welcher Form er die den statistischen Landesämtern mitgeteilten Angaben für die Erfüllung seiner Auskunftspflicht gegenüber den Verwaltungsbehörden verwenden will. Damit wird dem Anliegen der Länder, die für die Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung erforderlichen Angaben zu erhalten, hinreichend Rechnung getragen (Nr. 188 der Stellungnahme des Bundesrates).

Zu Artikel 21 a — Bundespflegesatzverordnung

Zu Nummer 1 (§ 7 Abs. 3 Satz 2)

Die Neufassung beinhaltet die zusätzliche Nennung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) neben der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Es handelt sich um eine Klarstellung, da die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) im übrigen die Begriffe „Arzt" und „ärztlich" als Oberbegriffe für „Arzt" und „Zahnarzt" bzw. „ärztlich" und „zahnärztlich" verwendet und deshalb z.B. auch Wahlleistungen von Zahnärzten in Zahnkliniken wahlärztliche Leistungen im Sinne des § 7 Abs. 3 BPflV sind. Die Klarstellung ist wegen der neuen GOZ vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) notwendig geworden. Bisher war die alte GOZ von 1965 durch die Nennung der GOÄ über § 14 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 GOÄ in die Verweisung mit einbezogen. Diese Einbeziehung ist durch das Inkrafttreten der neuen GOZ am 1. Januar 1988 entfallen.

Zu Nummern 2 bis 4 (§ 9 Abs. 4 Satz 2, § 16 Abs. 8 und § 22)

Die Verweisungen werden an die entsprechenden Vorschriften des SGB V angepaßt.

Zu Artikel 24 — Dritte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Gemeinschaftsaufgaben)

Zu Nummer 4 (Nr. 6 der Verordnung)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 282 a SGB V.

Zu Artikel 26 — Sozialversicherungs-Angleichungsgesetz Saar

Zu Nummer 1 (§ 1)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 5 Nr. 1 a und 1 b.

Zu Artikel 28 a — Sozialversicherungsabkommen

Absatz 1

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Absatz 2

§ 1504 RVO wird mit Wirkung vom 1. Januar 1989 gestrichen (Artikel 5 Nr. 33, Artikel 70 Abs. 1). An seine Stelle tritt für den Zeitraum bis zum Außerkrafttreten des § 565 RVO am 1. Januar 1991 (Artikel 5 Nr. 17, Artikel 70 Abs. 3) die Kostenerstattung nach Artikel 58. Die Bezugnahmen auf § 1504 RVO in den

Zustimmungsgesetzen und -verordnungen sind daher zu streichen, um zu verhindern, daß sie als Spezialrecht den allgemeinen Regelungen nach dem Gesundheits-Reformgesetz vorgehen.

Zu Artikel 29 — Sozialgerichtsgesetz

Zu Nummer 3 (§ 51 Abs. 2 Satz 1)

Durch die neue Fassung wird die Rechtswegzuweisung übersichtlicher gestaltet und präzisiert.

Nummer 1 entspricht wörtlich, Nummer 2 in der Sache der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung. Nummer 2 soll wie bisher Entscheidungen sämtlicher gemeinsamer Gremien von Krankenkassen und Leistungserbringern sowie Entscheidungen des Großgeräteausschusses erfassen. Die Regelung ist daher im Hinblick auf die gemeinsamen Gremien mit anderen Leistungserbringern als Ärzten, Zahnärzten oder Krankenhäusern zu ergänzen. Damit fallen unter Nummer 2 die Entscheidungen der Landes- und Bundesschiedsämter nach § 97 Abs. 2 und 4, des Bundesschiedsamts nach § 97 Abs. 7, der Landesschiedsämter nach § 97 Abs. 8, der Landes- und Bundesausschüsse nach § 98 und § 99, der Zulassungs- und Berufungsausschüsse nach § 104 und § 105, der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse nach § 114 Abs. 4 und 7, der Landesschiedsstellen nach § 122 und § 123 Abs. 3, der Schiedsstellen nach § 129 Abs. 4, der Großgeräteausschüsse nach § 138 Abs. 7 SGB V sowie vertraglich vereinbarter gemeinsamer Gremien von Krankenkassen und Leistungserbringern.

Nummer 3 enthält wie Nummer 2 keine allgemeine Rechtswegzuweisung, sondern eine Klarstellung für Streitigkeiten, die den Sozialgerichten ausdrücklich zugewiesen werden sollen, da sie nicht schon ohne weiteres unter § 51 Abs. 1 SGG fallen oder weil sie von der Regelung der örtlichen Zuständigkeit in § 57 Abs. 4 und § 57 a SGG erfaßt werden sollen. Danach fallen unter Nummer 3 nur Streitigkeiten aufgrund gemeinsamer Entscheidungen der Krankenkassenverbände und Krankenkassen nach dem SGB V, z. B. über die Festsetzung von Festbeträgen (§§ 35, 35 a SGB V), sowie aufgrund von Entscheidungen oder Verträgen der Krankenkassenverbände und Krankenkassen nach dem Vierten und Zehnten Kapitel des SGB V, soweit sie die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und anderen als in Nummer 1 genannten Leistungserbringern betreffen, z.B. über die Zulassung von Heilmittel- oder Hilfsmittelerbringern (§§ 133, 135 SGB V) oder über Verträge mit Heilmittel- oder Hilfsmittelerbringern, Apotheken oder pharmazeutischen Unternehmern (§§ 134, 136, 138, 140, 308).

Die Regelungen in Nummern 2 und 3 beschränken sich auf Maßnahmen, die unmittelbar der Erfüllung der den Krankenkassen nach dem SGB V obliegenden öffentlich-rechtlichen Aufgaben dienen. Zu diesen Aufgaben gehört auch der Abschluß der im SGB V geregelten Leistungsbeschaffungsverträge mit privaten Leistungserbringern. Da die eigene Leistungserbringung den Krankenkassen in der Regel gesetzlich verwehrt ist, sind diese Verträge im Bereich außerhalb der von Nummer 1 erfaßten Rechtsbeziehungen neben der Festsetzung von Festbeträgen das zentrale Instrument zur Erfüllung der öffentlich-rechtlichen Verpflichtungen der Krankenkassen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es ist daher geboten, Streitigkeiten aufgrund dieser Verträge wegen des engen Sachzusammenhangs zwischen dem Inhalt dieser Verträge und den öffentlich-rechtlichen Verpflichtungen der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten nach dem SGB V den Sozialgerichten zuzuweisen. An dem privatrechtlichen Charakter dieser Verträge ändert sich dadurch nichts.

Die Regelung stellt ferner klar, daß die Rechtswegzuweisung auch im Verhältnis zu Personen (Dritten) gilt, die an den Maßnahmen nicht beteiligt sind, von ihnen aber betroffen werden.

Der letzte Halbsatz greift ein Anliegen des Bundesrates (Nr. 189 der Stellungnahme) in der Sache auf und konkretisiert die Regelung auf die Fälle, in denen Entscheidungen im Bereich der Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser getroffen werden.

Für Streitigkeiten in Fällen, in denen die Entscheidung oder der Inhalt von Verträgen anstatt durch die Beteiligten durch Rechtsverordnung oder sonstigen staatlichen Hoheitsakt bestimmt wird (§ 30 Abs. 4, § 102 Abs. 1 Satz 3 und 4, § 123 Abs. 4, § 222 Abs. 3, § 301 Abs. 3 SGB V) oder staatlicher Entscheidung vorbehalten ist (§ 34, § 52 Abs. 5, § 117 Abs. 3 Satz 2, § 143 SGB V), gilt Absatz 2 Satz 1 entsprechend, soweit der Sozialrechtsweg nicht bereits nach § 51 Abs. 1 SGG gegeben ist.

Soweit aufgrund der Neufassung des Satzes 1 am 31. Dezember 1988 bei Zivilgerichten anhängige Verfahren künftig von den Sozialgerichten zu entscheiden sind, bedarf es keiner Übergangsvorschrift. Nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs (Urteil vom 16. Dezember 1964 — I b ZR 14/63 —, NJW 1965, S. 586, 587) ist bei solchen Rechtswegänderungen das Verfahren sofort an das nunmehr zuständige Gericht abzugeben.

Der Ausschuß hat auch erörtert, ob die Regelungen für Angelegenheiten des Kassenarztrechts in § 10 Abs. 2 und § 12 Abs. 3 SGG auf alle Streitigkeiten des neu gefaßten Satzes erstreckt werden sollen. Er hält eine Änderung dieser Vorschriften zum jetzigen Zeitpunkt nicht für geboten. Über die Bildung eigener Kammern für weitere Angelegenheiten des Satzes 1 und die Besetzung der Kammern, die mit diesen Angelegenheiten befaßt sind, soll entschieden werden, wenn Erfahrungen mit der Anwendung des neu gefaßten Satzes 1 vorliegen.

Zu Nummer 3 a (§ 57 Abs. 4)

Die Konzentration der Streitigkeiten nach den §§ 35 und 35 a SGB V auf wenige Gerichte ist aus den gleichen Gründen wie bei Streitigkeiten in Angelegenheiten des Kassenarztrechts geboten (Konzentration des juristischen Sachverstands, Einheitlichkeit der Rechtsprechung, Kostenersparnis). Die Befugnis der Bundesländer zu ergänzenden Regelungen aufgrund § 7 und § 10 Abs. 3 SGG bleibt unberührt. Damit kann

z.B. geregelt werden, daß bei Streitigkeiten auf Landesebene immer ein Sozialgericht zuständig ist, das zugleich für Angelegenheiten des Kassenarztrechts zuständig ist.

Zu Nummer 3 b (§ 57 a)

Die neu gefaßte Vorschrift regelt die örtliche Zuständigkeit bei Streitigkeiten in den Angelegenheiten des § 51 Abs. 2 Satz 1 SGG, die von der Regelung des § 57 Abs. 4 SGG nicht erfaßt werden. Sie dient aus den gleichen Gründen wie der neue Absatz 4 des § 57 SGG der Konzentration dieser Streitigkeiten auf wenige Gerichte.

Soweit die Regelung auf das Gericht abstellt, in dessen Bezirk die Kassenarztstelle (Kassenzahnarztstelle) liegt bzw. die Kassenärztliche (Kassenzahnärztliche) Vereinigung ihren Sitz hat, entspricht sie der bisherigen Fassung der Vorschrift, die sich auf Angelegenheiten des Kassenarztrechts beschränkt, jedoch keine ausdrückliche Regelung für Angelegenheiten des Kassenarztrechts auf Bundesebene trifft.

Zu den jetzt in § 10 Abs. 2 SGG definierten Angelegenheiten des Kassenarztrechts gehören die Angelegenheiten nach § 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGG, soweit sie die Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen betreffen einschließlich der Angelegenheiten nach § 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGG, soweit sie Entscheidungen gemeinsamer Gremien von Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen betreffen.

Soweit in Angelegenheiten des Kassenarztrechts unterhalb der Bundesebene in einem Bundesland mehrere Sozialgerichte zuständig sein können (z.B. bei Streitigkeiten über Verträge nach § 114 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3, 5 und 6 SGB V), kann das Land das zuständige Gericht durch Regelungen nach § 7 und § 10 Abs. 3 SGG näher bestimmen.

Soweit die Regelung auf das Gericht abstellt, in dessen Bezirk die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihren Sitz hat, erfaßt sie Angelegenheiten des Kassenarztrechts auf Bundesebene ebenso wie andere Angelegenheiten des § 51 Abs. 2 Satz 1 SGG auf Bundesebene, die nicht unter § 57 Abs. 4 SGG fallen. Die Regelung entspricht hinsichtlich der Angelegenheiten des Kassenarztrechts auf Bundesebene bisherigen Gerichtsentscheidungen bei Klagen gegen Entscheidungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

Zu den Angelegenheiten des Kassenarztrechts auf Bundesebene gehören z.B. Streitigkeiten aufgrund folgender Entscheidungen und Verträge: Entscheidungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (§ 85 Abs. 4 SGB V) in Angelegenheiten des Kassenarztrechts, z.B. nach § 83 Abs. 6 und § 144 Abs. 3 SGB V, Entscheidungen der gemeinsamen Gremien nach § 97 Abs. 4 und § 99 SGB V sowie vertraglich — z. B. im Rahmen der vertragsärztlichen (vertragszahnärztlichen) Versorgung — auf Bundesebene vereinbarter gemeinsamer Gremien von Ärzten (Zahnärzten) und Krankenkassen, Entscheidungen nach § 94 SGB V, Verträge nach § 90 Abs. 1 und 3, § 91 Abs. 3 und 4, § 95, § 144 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4, § 299 Abs. 3 und § 303 Abs. 3 und 5 SGB V und auf Bundesebene geschlossene Verträge nach § 312 Abs. 2 SGB V.

Zu den anderen Angelegenheiten des § 51 Abs. 2 Satz 1 SGG auf Bundesebene, die nicht unter § 57 Abs. 4 SGG fallen, gehören z.B. Streitigkeiten aufgrund folgender Entscheidungen und Verträge:

Entscheidungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 21 Abs. 2 Satz 2, § 30 Abs. 2 und 3, § 52 Abs. 4, § 133 Abs. 4, § 135 Abs. 2, § 137, § 148, § 222 Abs. 2, § 290 Satz 3 und 4 und § 310 Abs. 2 und 3 SGB V, Entscheidungen nach § 120 Abs. 5 und § 123 Abs. 5 SGB V, auf Bundesebene getroffene Entscheidungen nach § 133 Abs. 5 und 6, § 135 Abs. 3 und 4 und § 142 Abs. 2 SGB V, Entscheidungen der gemeinsamen Gremien nach § 97 Abs. 7 und § 138 Abs. 7 SGB V sowie vertraglich auf Bundesebene vereinbarter gemeinsamer Gremien von Krankenkassen und anderen Leistungserbringern als Ärzten und Zahnärzten, Verträge nach § 96 Abs. 1, § 138 Abs. 2 bis 4, § 140 Abs. 1 bis 3, § 301 Abs. 2, § 308 Abs. 3 und § 309 Abs. 2 SGB V und auf Bundesebene geschlossene Verträge nach § 119 Abs. 5, § 134, § 136, § 141 Abs. 1 Satz 2, § 142 Abs. 1 und 3, § 146 Satz 4 und 5 in Verbindung mit § 119 Abs. 5 und nach § 310 a SGB V.

Soweit die Regelung auf das Gericht abstellt, in dessen Bezirk die Landesregierung ihren Sitz hat, erfaßt sie die Angelegenheiten des § 51 Abs. 2 Satz 1 SGG auf Landesebene, die weder Angelegenheiten des Kassenarztrechts sind noch unter § 57 Abs. 4 SGG fallen.

Zu diesen Angelegenheiten gehören z.B. Streitigkeiten aufgrund folgender Entscheidungen und Verträge:

Gemeinsame Entscheidungen von Krankenkassenverbänden und Krankenkassen nach § 38 Abs. 3, § 117 Abs. 2 Satz 2, § 118, § 119 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 Satz 2 und Abs. 6 und § 132 a in Verbindung mit § 222 Abs. 2 SGB V, auf Landesebene getroffene Entscheidungen nach § 133 Abs. 5 und 6, § 135 Abs. 3 und 4 und § 142 Abs. 2 SGB V, Entscheidungen der gemeinsamen Gremien nach § 97 Abs. 8, § 122, § 123 Abs. 3 und § 129 Abs. 4 sowie vertraglich auf Landesebene vereinbarter gemeinsamer Gremien von Krankenkassen und anderen Leistungserbringern als Ärzten und Zahnärzten, Verträge nach § 96 Abs. 1 a, § 117, § 119 Abs. 2, § 120, § 123 und § 146 Satz 4 und 5 in Verbindung mit § 119 Abs. 2 und § 120 SGB V und auf Landesebene abgeschlossene Verträge nach § 119 Abs. 5, § 134, § 136, § 141 Abs. 1 Satz 2, § 142 Abs. 1 und 3, § 146 Satz 4 und 5 in Verbindung mit § 119 Abs. 5 und nach § 310 a SGB V.

Der Vorbehalt für eine abweichende Bestimmung der örtlichen Zuständigkeit durch Landesrecht ermöglicht es den Bundesländern — ergänzend zu Regelungen nach § 7 und § 10 Abs. 3 SGG — den Gegebenheiten im Land Rechnung zu tragen, z.B. um diese Streitigkeiten auf ein Gericht zu konzentrieren, das auch für Angelegenheiten des Kassenarztrechts zuständig ist, wenn das Gericht, in dessen Bezirk die Landesregierung ihren Sitz hat, für Angelegenheiten des Kassenarztrechts nicht zuständig ist.

Zu Artikel 30 — Bundesausbildungsförderungsgesetz

Die Änderung des § 13 Abs. 2 a Nr. 3 ist eine Folgeänderung zur Herausnahme der §§ 57 bis 64 aus Artikel 1 des Entwurfs.

Zu Artikel 31 — Arbeitsförderungsgesetz

Zu Nummern 3 bis 8, 10, 12, 13, 21 bis 24 und 26 (§§ 65, 68, 86, 102, 103, 103 a, 105 c, 112, 117, 168, 169, 175, 237)

Die Regelungen sollen in den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes und zur Förderung eines gleitenden Übergangs älterer Arbeitnehmer in den Ruhestand (Drucksache 11/2990) übernommen werden. Damit werden einander widersprechende Bestimmungen im Gesundheits-Reformgesetz und im Gesetz zur Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes und zur Förderung eines gleitenden Übergangs älterer Arbeitnehmer in den Ruhestand, die am gleichen Tag (1. Januar 1989) in Kraft treten sollen, vermieden.

Zu Nummer 9 Buchstabe a und Nummer 14 Buchstabe b (§ 105 b Abs. 1 Satz 1, § 155 Abs. 4)

Die Änderungen sind Folgeänderungen zur Streichung der §§ 65 bis 67 in Artikel 1 des Entwurfs und zur Neufassung des § 20 RKG durch Artikel 8 Nr. 2.

Zu Nummer 19 (§ 163 Abs. 3 Satz 2)

Die Verweisung auf § 117 RKG entfällt, da diese Vorschrift durch Artikel 8 Nr. 13 gestrichen wird.

Zu Artikel 33 — Arbeitssicherstellungsgesetz

Zu Nummer 2 (§ 19)

Absatz 3 bezweckt, daß nach dem Arbeitssicherstellungsgesetz verpflichtete Personen, die in dem neuen Arbeitsverhältnis ein geringeres Arbeitsentgelt als in dem bisherigen Arbeitsverhältnis erzielen, kein geringeres Sterbegeld erhalten, als wenn sie nicht verpflichtet worden wären. Durch die Festschreibung der Höhe des Sterbegeldes in § 58 SGB V ist eine solche Schlechterstellung künftig ausgeschlossen, so daß Satz 2 entbehrlich ist.

Zu Artikel 34 — Bundeserziehungsgeldgesetz

Die Anpassung der Verweisung entfällt wegen Artikel 5 Nr. 1 b.

Zu Artikel 35 — Bundesversorgungsgesetz

Zu Nummer 1 Buchstabe a (§ 10 Abs. 6)

In die Aufzählung des Satzes 1 BVG werden auch die Leistungen zur Förderung der Gesundheit (§ 20 SGB V) aufgenommen.

Zu Nummer 2 Buchstabe c (§ 11 Abs. 3)

Die zusätzlich zum Entwurf aufgenommene Änderung des Satzes 2 dient der Anpassung an den heutigen Sprachgebrauch.

Zu Artikel 36 — Bundesvertriebenengesetz

Zu Nummer 2 (§ 90 b)

Die Ersetzung des Absatzes 1 durch die Absätze 1 und 1 a und die Änderung des Absatzes 2 sind redaktionelle Folgeänderungen zur Herausnahme der §§ 57 bis 64 aus Artikel 1 des Entwurfs sowie zur Einfügung der Vorschriften über das Sterbegeld in Artikel 1.

Durch die Umstellung der Absätze 5 und 6 werden die Verfahrensregelungen am Ende der Vorschrift zusammengefaßt. In Satz 2 des neuen Absatzes 6 wird klargestellt, daß nach dem Ersten und Zehnten Buch Sozialgesetzbuch nicht nur bei der Leistungsgewährung, sondern auch bei der Erstattung des Aufwands und der Verwaltungskosten an die Krankenkassen zu verfahren ist. Damit wird auch dem Anliegen des Bundesrates (Nr. 194 der Stellungnahme) Rechnung getragen (vgl. § 91 Abs. 1 Satz 3 SGB X).

Die Änderung des Absatzes 7 dient der Klarstellung, daß der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit in allen Fällen von Rechtsstreitigkeiten nach den Vorschriften des § 90 b gegeben ist.

Zu Artikel 40 — Bundessozialhilfegesetz

Zu Nummer 3 (§ 37 a Satz 2)

Die Anpassung der Verweisung entfällt, da die §§ 65 bis 67 in Artikel 1 des Entwurfs gestrichen werden und die §§ 200 e bis 200 g RVO unverändert bleiben (siehe Artikel 5 Nr. 1).

Zu Nummer 3 a (§ 38 Abs. 2)

Die Änderungen dienen der Angleichung der Leistungen der Sozialhilfe an die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 195 und § 200 b RVO in der Fassung des Artikels 5 Nr. 1 b) und die Begründung zu Artikel 1 § 64 des Entwurfs), die Neufassung des Satzes 2 zugleich der redaktionellen Anpassung an § 36 Abs. 2 Satz 2 und § 37 Abs. 2 Satz 2 BSHG.

Die vom Bundesrat (Nr. 196 der Stellungnahme) zusätzlich vorgeschlagene Änderung der Überschrift vor § 38 BSHG entfällt, da dieser Begriff in den §§ 195 ff. RVO (in der Fassung des Antrags Artikel 5 Nr. 1 b) nicht mehr verwendet wird. Es soll deshalb — auch in § 27 Abs. 1 Nr. 5 und § 120 Abs. 1 Satz 1 BSHG sowie in § 28 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b SGB I — bei der bisherigen Bezeichnung der Hilfeart bleiben.

Zu Artikel 46 a — Gesetz über die Zulassung von nach § 19 des Zahnheilkundegesetzes berechtigten Personen zur Behandlung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen an das SGB V, die geltende Fassung des Zahnheilkundesgesetzes und die vom 1. Januar 1989 an geltende Bezeichnung und Fassung der Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte (siehe Artikel 18 und Artikel 70 Abs. 1).

Zu Artikel 47 — Zweites Gesetz zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern

Zu Nummer 1 (Artikel VIII § 1 Abs. 1)

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen. Der Regelungsinhalt des § 414 b RVO wurde auf einen bisherigen Absatz 3 beschränkt, der als alleiniger Absatz keine Absatzbezeichnung mehr trägt (siehe Artikel 5 Nr. 13). Statt auf § 55 muß richtig auf § 56 des neuen KVLG (siehe Artikel 7) verwiesen werden.

Zu Artikel 48 — Strafvollzugsgesetz

Zu Nummer 1 (§§ 57 bis 59)

Die Änderung des § 57 Abs. 5 Satz 1 ist eine Folgeänderung zur Änderung des § 22 Abs. 1 SGB V.

Die Änderung des § 58 Satz 2 Nr. 4 ist eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 27 Satz 2 SGB V.

Die Ergänzung des § 59 ist eine Folgeänderung zur Neufassung des § 33 Abs. 4 und 5 SGB V.

Zu Nummer 2 (§ 60)

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an § 27 SGB V.

Zu Nummer 5 (§ 62 a)

Die Regelung des bisherigen § 61 StVollzG steht jetzt in § 59 StVollzG (siehe Nummer 1).

Zu Nummer 7 (§ 76)

Die Änderung zu Buchstabe a ist eine redaktionelle Anpassung an die Überschrift vor § 195 RVO und § 195 RVO in der Fassung des Artikels 5 Nr. 1 b.

Der Buchstabe b des Entwurfs entfällt. Damit wird einem Anliegen des Bundesrates (Nr. 201 der Stellungnahme) entsprochen.

Zu Nummer 8 (§ 78)

Die Überschrift wird wie bei § 76 redaktionell angepaßt (siehe Nummer 7 Buchstabe a). Der Text wird präzisiert und die Verweisung auf § 59 StVollzG wird berichtigt. Die Regelung des bisherigen § 59 StVollzG steht jetzt in § 61 StVollzG (siehe Nummer 3).

Zu Artikel 49 — Mutterschutzgesetz

Zu Nummer 1 (§ 11 Abs. 1 Satz 1)

Die Anpassung der Verweisung entfällt wegen Artikel 5 Nr. 1 b.

Zu Nummer 2 Buchstabe b (§ 12 Abs. 3)

Die Neufassung ist eine redaktionelle Folgeänderung zum Wegfall der §§ 200 c und 200 d RVO und zu den an ihre Stelle getretenen Regelungen.

Zu Nummer 3 (§ 13 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1)

Die Anpassung der Verweisung auf die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung entfällt wegen § 200 RVO in der Fassung des Artikels 5 Nr. 1 b und § 29 KVLG 1972 in der Fassung des Artikels 5 a Nr. 3.

Zu Nummer 4 Buchstabe a (§ 14 Abs. 1 Satz 1)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zu § 200 RVO in der Fassung des Artikels 5 Nr. 1 b und zu § 29 KVLG 1972 in der Fassung des Artikels 5 a Nr. 3.

Zu Nummer 5 (§ 15)

Die Änderungen sind redaktionelle Folgeänderungen zu Artikel 5 Nr. 1 b und Artikel 5 a Nr. 3.

Zu Artikel 51 — Lohnfortzahlungsgesetz

Zu Nummer 1 (§ 1 Abs. 3 Nr. 3)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zu § 200 RVO in der Fassung des Artikels 5 Nr. 1 b.

Zu Nummer 3 Buchstabe b (§ 10 Abs. 3)

Mit der Änderung wird ein Redaktionsversehen berichtigt. Die ergänzten Worte sind im geltenden § 10 Abs. 3 LFZG enthalten, der insoweit nicht geändert werden soll.

Zu Artikel 52 — Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Einfügung des Artikels 21 a.

III. Zum Dritten Teil — Überleitungs- und Schlußvorschriften

1. Zum Ersten Abschnitt — Überleitungsvorschriften

Zu Artikel 53 — Krankenversicherung der Rentner und der Studenten

Absatz 1

Die Änderung berücksichtigt, daß Rentner grundsätzlich nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V versichert werden. Nur dann, wenn sie die Voraussetzungen nach dieser Vorschrift nicht erfüllen, sollen sie bei Rentenantragstellung bis zum 31. Dezember 1993 unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 versichert werden.

Absatz 3

Die neu gefaßte Vorschrift gewährleistet, daß für Personen, die nur aufgrund der Übergangsregelung die Voraussetzungen für die Krankenversicherung der Rentner erfüllen, die gleichen Regelungen und Rechte wie für Rentner gelten, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V versichert werden. Durch die Gleichstellung wird unter anderem erreicht, daß die Vorschriften über die Versicherungsfreiheit und die Befreiung von der Versicherungspflicht auch in Übergangsfällen Anwendung finden.

Rentner, die schon am 31. Dezember 1988 versicherungspflichtig sind, sollen diesen Versicherungsschutz nicht aufgrund der Regelung des § 6 Abs. 2 SGB V verlieren. So bleiben z.B. Beamte, die neben ihrem Ruhegehalt eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, weiterhin als Rentner pflichtversichert. Die Ergänzung entspricht auch einem Anliegen des Bundesrates (Nr. 202 der Stellungnahme).

Absatz 4

Die neu gefaßte Vorschrift enthält eine befristete allgemeine Befreiungsmöglichkeit. Die Pflichtmitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner wurde in den letzten Jahren mehrfach geändert. Von der Befreiungsmöglichkeit nach § 173 a RVO machten viele Rentner mit Beihilfeansprüchen wegen der bis zum 31. Dezember 1982 bestehenden beitragsfreien Versicherung keinen Gebrauch. Die im Zusammenhang mit der Einführung der Beitragspflicht befristete Befreiungsmöglichkeit war zu wenig bekannt und verhältnismäßig kurz bemessen. Es erscheint deshalb sinnvoll, allen Rentnern eine nochmalige befristete generelle Befreiungsmögichkeit einzuräumen, ohne daß darauf abgestellt wird, zu welcher Personengruppe sie gehören und ob sie nur wegen § 173 a Abs. 1 Satz 2 RVO in der bis zum 31. Dezember 1982 geltenden Fassung nicht von der Versicherungspflicht befreit werden konnten. Die Änderung entspricht auch einem Anliegen des Bundesrates (Nr. 203 der Stellungnahme).

Artikel 53 a — Befreiung von der Versicherungspflicht für Ärzte im Praktikum

Die neue eingefügte Übergangsvorschrift berücksichtigt, daß es Ärzte im Praktikum erstmals seit Oktober 1988 gibt. Sie sollen ebenfalls die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht erhalten.

Artikel 53 b — Berücksichtigung von Krankengeldleistungen im Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner

Mit diesem neu eingefügten Artikel sollen in der Vergangenheit aufgetretene Fehlentwicklungen bei der Buchung von Krankengeld an pflichtversicherte Rentner aus wieder aufgelebten Ansprüchen beseitigt werden. Eine uneinheitliche Buchungspraxis der Krankenkassen hat in Einzelfällen dazu geführt, daß sich Krankenkassen zu Lasten der übrigen im Ausgleich beteiligten Krankenkassen einen finanziellen Vorteil verschaffen konnten. Mit der Änderung wird klargestellt, daß Krankengeldzahlungen an Rentner aufgrund wieder auflebender Ansprüche nicht in den Finanzausgleich fließen dürfen, wenn sie auf den Zeitraum vor dem 1. Januar 1984 entfallen, da erst mit Wirkung vom 1. Januar 1984 durch Buchungserlaß des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung das Rentnerkonto 4702 für alle Krankengeldzahlungen, die an pflichtversicherte Rentner geleistet wurden, geöffnet wurde.

Zu Artikel 54 — Freiwillige Versicherung

Absatz 1

Die Änderung in Nummer 3 ist eine Folgeänderung zur Änderung des § 14 Abs. 1 SGB V.

Absatz 2

Die Änderung berücksichtigt, daß Dienstordnungsangestellte der Krankenkassen und Beamte einer Betriebskrankenkasse oder der Bundesknappschaft von der Beitrittsmöglichkeit erst dann Gebrauch machen können, wenn eine Satzungsregelung nach § 14 SGB V besteht. Da Satzungsbestimmungen über Teilkostenerstattung nicht bei allen Krankenkassen bis zum 31. März 1989 vorliegen werden, wird die Beitrittsfrist bis zum 30. Juni 1989 verlängert.

Zu Artikel 55 — Kieferorthopädische Behandlung und Versorgung mit Zahnersatz

Die Änderung stellt sicher, daß kieferorthopädische Behandlungen, die vor dem 1. Januar 1989 begonnen wurden, ebenfalls weiterhin nach altem Recht abgewickelt werden, wenn über den Anspruch schon vor dem 27. April 1988 entschieden wurde.

Im übrigen wird davon ausgegangen, daß auch nach dem 26. April 1988 genehmigte Behandlungen bis zum 31. Dezember 1988 nach geltendem Recht abzuwickeln sind. Soweit nach dem 26. April 1988 genehmigte Behandlungen nach dem 31. Dezember 1988 durchgeführt werden, richten sich die Leistungsansprüche der Versicherten grundsätzlich nach neuem Recht. Die Bestandskraft vor dem 1. Januar 1989 erteilter Genehmigungsbescheide richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften (§§ 39 ff. SGB X).

Zu Artikel 55 a — Kostenerstattung

Die Übergangsvorschrift gibt Krankenkassen die Möglichkeit, ein bisher auf Grund der genehmigten Satzung rechtmäßig durchgeführtes Kostenerstattungsverfahren auch nach dem 31. Dezember 1988 beizubehalten.

Das für alle Krankenkassen bestehende Recht, nach § 72 SGB V Kostenerstattungen zu erproben, bleibt unberührt.

Zu Artikel 58 a — Beteiligte Ärzte und Zahnärzte als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Beteiligungen bisherigen Rechts werden in Ermächtigungen umgewandelt. Der hiermit verbundene Wegfall der ordentlichen Mitgliedschaft soll aus Gründen des Vertrauensschutzes erst zu dem genannten Zeitpunkt erfolgen. Die Vorschrift folgt einem Vorschlag des Bundesrates (Nr. 204 der Stellungnahme).

Zu Artikel 59 — Außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Vorschrift entfällt wegen der Änderung des § 85 Abs. 3 SGB V.

Zu Artikel 64 — Landesverbände der Krankenkassen

Die Neufassung dient der Klarstellung. Sie folgt einem Vorschlag des Bundesrates (Nr. 205 der Stellungnahme).

Zu Artikel 65 a — Beitragssatz für Studenten und Praktikanten

Die Übergangsregelung ist erforderlich, weil nach § 254 SGB V der durchschnittliche Beitragssatz nur noch einmal jährlich festzustellen ist und dieser erst vom Beginn des Wintersemesters an gilt.

Zu Artikel 66 — Rücklagenbildung bei der Bundesknappschaft

Die Verlängerung der Übergangsfrist für die Bundesknappschaft zur Auffüllung ihrer Rücklage auf das gesetzliche Soll bis 1998 soll eintretende finanzielle Belastungen der Bundesknappschaft mildern.

Zu Artikel 67 — Vertrauensärztliche Dienste bei den Landesversicherungsanstalten

Absatz 3

Bei den Landesversicherungsanstalten sind, insbesondere in der Verwaltung, Personen beschäftigt, die hauptsächlich Aufgaben für die Landesversicherungsanstalt, daneben aber auch Aufgaben für den Vertrauensärztlichen Dienst wahrnehmen und deren Stellen zu einem entsprechenden Anteil von den Krankenkassen mitfinanziert werden. Soweit sich die einzelnen Anteile zu einer vollen Stelle summieren, soll im Einverständnis aller Beteiligten auch die Übernahme von Personen möglich sein, die nicht „überwiegend", sondern nur zu einem geringeren Anteil für den Vertrauensärztlichen Dienst tätig waren.

Absatz 8

Es handelt sich um eine Klarstellung. Die AOK Berlin verfügt als Träger des Vertrauensärztlichen Dienstes nicht über Beamte; sie hat mit den Mitarbeitern des Vertrauensärztlichen Dienstes privatrechtliche Verträge mit beamtenrechtlichem Inhalt abgeschlossen. Den sich hieraus ergebenden Besonderheiten bei der Organisationsstruktur des Medizinischen Dienstes (Körperschaft des öffentlichen Rechts) und der Sicherung der Rechte und Pflichten der Bediensteten ist entsprechend den in den übrigen Ländern geltenden Regelungen Rechnung zu tragen.

Absatz 9

Die Vorschrift enthält eine flexible Regelung für den Übergang der Rechte und Pflichten und die Übernahme des Personals von den Landesversicherungsanstalten auf die Medizinischen Dienste entsprechend dem Stand der Vorbereitungen in den einzelnen Bundesländern. Der Verwaltungsrat hat spätestens bis zum 1. Oktober 1989 die Voraussetzungen für den Übergang zu schaffen.

Zu Artikel 67 a — Übergang der Prüfdienste bei den Landesversicherungsanstalten auf die Länder

Die Vorschrift ist eine Folgeregelung zu § 282 a SGB V.

In den Fällen, in denen sich die Zuständigkeit einer Landesversicherungsanstalt über den Bereich eines

Bundeslandes hinaus erstreckt, sollen die in Artikel 67 a genannten Rechte und Pflichten der Landesversicherungsanstalt auf diejenige für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes übergehen, in dem die Landesversicherungsanstalt ihren Sitz hat.

Zu Artikel 67 b — Betrieb von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Landesversicherungsanstalten

Von vier Landesversicherungsanstalten werden noch insgesamt fünf derartige Einrichtungen aufgrund der Nummer 1 der Dritten Aufbauverordnung betrieben. Da diese Verordnung am 1. Januar 1990 außer Kraft tritt (siehe Artikel 70 Abs. 6 Nr. 2), schafft Artikel 67 b die notwendigen Voraussetzungen zur Regelung der Trägerschaft an diesen Einrichtungen durch Vertrag der Beteiligten oder durch das Land und stellt klar, daß die auf Krankenkassen oder deren Verbände übergehenden Einrichtungen als Eigeneinrichtungen im Sinne des § 149 Abs. 1 SGB V gelten.

Die Vorschrift verzichtet auf nähere Bestimmungen, wie sie die Artikel 67 und 67 a für den Übergang kraft Gesetzes enthalten, um den Beteiligten oder dem Land eine den Gegebenheiten des Einzelfalls gerecht werdende Regelung zu ermöglichen. Diese Regelung hat jedoch für die Übernahme der in der Einrichtung beschäftigten Arbeitnehmer auf jeden Fall Bestimmungen entsprechend den Schutzvorschriften des Artikels 67 Abs. 3 Satz 3 und Abs. 6 und für den Übergang der Rechte und Pflichten, des Vermögens und der Verbindlichkeiten der Einrichtung sowie für den Eintritt in Mietverträge oder sonstige Vereinbarungen grundsätzlich Bestimmungen entsprechend Artikel 67 Abs. 1, 2 und 7 zu enthalten.

Für die wenigen Versorgungsempfänger, die in den übergehenden Einrichtungen beschäftigt waren, ist zugleich eine Regelung über die Erstattung der Versorgungsaufwendungen der Landesversicherungsanstalten durch die neuen Träger der Einrichtung zu treffen. Die Verpflichtung der betroffenen Krankenkassen zur Erstattung der Versorgungsaufwendungen der Landesversicherungsanstalten für Versorgungsempfänger, die in zwischenzeitlich aufgegebenen Einrichtungen dieser Art beschäftigt waren, bleibt unberührt. Insoweit ist das Nähere, wie bisher, zwischen den Landesversicherungsanstalten und den betroffenen Krankenkassen zu vereinbaren.

Zu Artikel 68 a — Verweisungen und Bezeichnungen in anderen Vorschriften

Absatz 1

Angesichts der Vielzahl der betroffenen Vorschriften ist es nicht möglich, bis zum Abschluß des Gesetzgebungsverfahrens sämtliche betroffenen Verweisungen und Bezeichnungen durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) ausdrücklich anzupassen. Das GRG sollte auch nicht mit weiteren derartigen Anpassungen befrachtet werden. Aus Gründen der Rechtssicherheit ist daher im GRG eine allgemeine Anpassungsregelung für diejenigen Vorschriften zu treffen, die anzupassen sind, aber durch das GRG nicht ausdrücklich angepaßt werden. Darunter fallen gleichermaßen Rechtsvorschriften in Gesetzen wie in Verordnungen des Bundesrechts.

Absatz 2

Aus Gründen der Rechtsklarheit bei der Anwendung der Vorschriften ist es geboten, für die von der allgemeinen Anpassungsregelung des Absatzes 1 erfaßten Vorschriften alsbald ebenfalls zu verlautbaren, welche Bestimmungen und Bezeichnungen des GRG an die Stelle der bisherigen Bestimmungen und Bezeichnungen getreten sind.

Die Verlautbarung soll durch Bekanntmachung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung erfolgen.

2. Zum Zweiten Abschnitt — Schlußvorschriften

Zu Artikel 69 — Berlin-Klausel

Die Änderung des Satzes 2 ist eine rechtsförmliche Berichtigung. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch ist als Artikel 1 ein Teil des Gesetzes und soll deshalb in Satz 2 neben dem Gesetz nicht noch einmal gesondert erwähnt werden. Der Antrag folgt einem Vorschlag des Bundesrates (Nr. 207 der Stellungnahme).

Zu Artikel 70 — Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Absatz 1

Satz 2 wird aus rechtssystematischen Gründen Absatz 5. Die Streichung seiner Nummer 1 ist eine Folgeänderung zur Einfügung des Artikels 5 a.

Absatz 2

Das um ein halbes Jahr spätere Inkrafttreten der Streichung des § 385 Abs. 2 RVO ist notwendig, da der jeweils zum 1. Januar festzustellende Beitragssatz für Beiträge aus gesetzlichen Renten nach § 256 SGB V jeweils vom 1. Juli und damit erstmals vom 1. Juli 1989 an gilt. Es bedarf deshalb einer Fortdauer der entsprechenden geltenden Regelung des Beitragssatzes für die Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 1989.

Artikel 23 Nr. 2, Artikel 24 Nr. 2, Artikel 25 Nr. 2 und Artikel 67 sollen am 1. Januar 1989 in Kraft treten, da der Zeitpunkt des Übergangs von Rechten und Pflichten und der Übernahme des Personals in den Medizinischen Dienst in Artikel 67 Abs. 9 geregelt wird. Artikel 15 Nr. 1 entspricht Artikel 15 des Entwurfs.

Absatz 2 a

Das um ein Jahr spätere Inkrafttreten

- der genannten Verpflichtung nach § 15 Abs. 4 SGB V ermöglicht den Krankenkassen, die bisherigen Kranken- und Berechtigungsscheine noch bis Ende 1989 zu verwenden,
- des § 140 Abs. 5 Satz 1 SGB V gibt den Beteiligten die notwenige Zeit zur Vorbereitung, insbesondere zum Abschluß der Verträge nach Satz 2,
- des § 282 a SGB V läßt ausreichend Zeit zur Umsetzung der neuen Vorschrift,
- des § 308 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gibt den Beteiligten die notwendige Zeit zur Vorbereitung, insbesondere zur Vereinbarung eines verbindlichen Verordnungsblatts im Rahmen der Vertragsgegenstände nach § 303 Abs. 3 Nr. 2 SGB V,
- des § 309 Abs. 1 und 3 gibt den Beteiligten die notwendige Zeit zur Vorbereitung, insbesondere im Hinblick auf die Maßnahmen nach Absatz 2,
- der Streichung des § 342 RVO ist eine Folgeänderung zur Ablösung der Vorschrift durch § 282 a SGB V am 1. Januar 1990,
- der Streichung des § 385 Abs. 2 a RVO ist notwendig, da der jeweils zum 1. Juli festzustellende Beitragssatz für Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen nach § 257 Abs. 1 SGB V jeweils für das folgende Kalenderjahr gilt; es bedarf deshalb einer Fortdauer der entsprechenden geltenden Regelung, damit der zum 1. Juli 1988 festgestellte Beitragssatz für das Kalenderjahr 1989 gültig ist,
- des Artikels 5 Nr. 12 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (Neufassung des § 413 Abs. 2 Satz 2 RVO), des Artikels 7 § 53 a und des Artikels 67 a ist eine Folgeänderung zur Ablösung des § 342 RVO durch § 282 a SGB V am 1. Januar 1990.

Absatz 4

Das um drei Jahre spätere Inkrafttreten der Streichung des § 319 Abs. 4 RVO ermöglicht den Krankenkassen, noch bis längstens Ende 1991 die Rentenversicherungsnummer als Krankenversichertennummer zu verwenden (siehe § 298 SGB V). Dadurch erhalten die Krankenkassen ausreichend Zeit zur Entwicklung geeigneter eigenständige, Verwechslungen ausschließender Numerierungssysteme, die spätestens vom 1. Januar 1992 an auch für die Krankenversichertenkarte (§ 299 SGB V) zu verwenden sind.

Absatz 5

Zu Nummer 1 a

Das Außerkrafttreten folgt aus der Änderung des § 216 Abs. 3 SGB V.

Zu Nummer 1 b

Das Außerkrafttreten folgt aus dem Dritten Kapitel des SGB V und Artikel 5 Nr. 1 b.

Zu Nummer 1 c

Die im Bundesgesetzblatt Teil III noch aufgeführten Vorschriften der Verordnung werden durch das SGB V endgültig hinfällig.

Zu Nummer 1 d

Die Verordnung ist durch Zeitablauf gegenstandslos geworden.

Zu Nummer 1 e

Die Verordnung wird zu Nummer 2 — und damit insgesamt — hinfällig durch die §§ 138 bis 140 SGB V.

Zu Nummer 3 a

Die Verordnung ist bereits durch § 4 des Künstlersozialversicherungsgesetzes vom 24. Juni 1975 (BGBl. I S. 1536) gegenstandslos geworden.

Zu Nummer 3 b

Die Verordnung wird zu § 3 — und damit insgesamt — durch § 252 Abs. 2 SGB V hinfällig (vgl. auch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 28. April 1987 — 12 RK 41/85).

Zu Nummer 3 c

Die Verordnung wird infolge des Wegfalls ihrer Rechtsgrundlage durch Artikel 37 Nr. 2 gegenstandslos.

Zu Absatz 6

Zu Nummern 1 und 2

Es handelt sich um Folgeänderungen zu § 282 a SGB V und Artikel 67 b. Durch die Neuregelung der Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen in § 282 a SGB V und die Folgeregelung des Artikels 67 a, die beide am 1. Januar 1990 in Kraft treten (siehe Artikel 70 Abs. 2 a), sowie mit der Befristung des weiteren Betriebs von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen der Kran-

kenversicherung durch Landesversicherungsanstalten in Artikel 67 b entfallen zum 1. Januar 1990 die letzten Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung, deren Träger die Landesversicherungsanstalten insoweit aufgrund des Aufbaugesetzes und der Dritten Aufbauverordnung waren. Damit werden die restlichen Vorschriften des Aufbaugesetzes sowie die Dritte Aufbauverordnung hinfällig.

Zu Nummer 3

Die Verordnung über die Prüfung der Krankenkassen wird durch § 282 a SGB V hinfällig. An deren Stelle sind nach § 282 a Abs. 3 SGB V vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften für die Durchführung der Prüfung zu erlassen.

Bonn, den 24. November 1988

Dr. Becker (Frankfurt) **Kirschner** **Dr. Thomae** **Frau Wilms-Kegel**

Berichterstatter/in

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 5300 Bonn
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 13 63, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon (02 28) 36 35 51
ISSN 0722-8333